

«Du må brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen»

**En kvalitativ intervjustudie om etikkarbeid i
sykehjem**

Siri Dønheim



Masteroppgave i sykepleievitenskap

Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

24.09.2014

«Du må brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen»

En kvalitativ intervjustudie om etikkarbeid i sykehjem.

Student: Siri Dønheim

Veileder: Lillian Lillemoen

Masteroppgave i sykepleievitenskap

Det medisinske fakultet

Institutt for helse og samfunn

Universitet i Oslo

24.09.2014

© Forfatter Siri Dønheim

År 2014

Tittel «Du må på en måte brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen»

En kvalitativ intervjustudie om etikkarbeid i sykehjem

Forfatter Siri Dønheim

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: «Du må brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen». En kvalitativ intervjustudie om etikkarbeid i sykehjem.

Det har fra 2007 foregått en stor satsing på systematisk etikkarbeid i kommunesektoren i Norge. Prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» har resultert i at det ved årsskifte 2013/2014 er rekruttert 213 kommuner, fordelt på seks puljer. En stor del av disse kommunene har gjennomført diverse kurs- og undervisningsopplegg samt etablert møteplasser for etisk refleksjon, alt med hensikt å styrke den etiske kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet skal foregå fram til 2015. Det er høstet mange erfaringer med prosjektet, men på dette tidspunkt foreligger det ingen vitenskapelige forskningsstudier hvor den nasjonale etikksatsingen som helhet er blitt evaluert. Jeg kjenner imidlertid til at det er publisert (Söderhamn et al. 2014) og arbeides med flere evalueringer av etikksatsingen avgrenset til utvalgte kommuner. Med dette som utgangspunkt håper jeg min studie vil være et bidrag til kunnskap om den nasjonale etikksatsingen. Følgende problemstilling ønskes belyst i dette masterarbeidet:

«Hvordan vurderer avdelingsleder i sykehjem egen betydning i etikkarbeidet, og etikkarbeidets betydning for tjenesten?»

Forskningsspørsmålene er:

1. Hvilken funksjon har avdelingsleder i avdelingens systematiske etikkarbeid?
2. Hvilken betydning erfares systematisk etikkarbeid å ha på personalgruppens etiske kompetanse, og for kollegialt samarbeid?
3. Hvilke faktorer erfares å være viktige for å opprettholde systematisk etikkarbeid i en sykehjemsavdeling?

Det er foretatt kvalitative forskningsintervju av syv avdelingsledere ved sykehjem i fire kommuner i Norge.

Teori som er lagt til grunn for denne studien er: Sykepleiepraksis, etikk, verdier, holdninger etisk kompetanse og etisk refleksjon. Lærende organisasjoner, ledelse og aktuell og relevant forskning. Det empiriske materialet er analysert i tråd med det litteraturen anbefaler. Det er

foretatt systematisk tekstkondensering som analysemetode, etter at intervjuene var transkribert. Funnene peker i retning av at avdelingslederne har hatt viktige roller i avdelingenes etikkarbeid. Etter analysen er funnene presentert under følgende overskrifter: Avdelingsleders styrende funksjon, avdelingsleders støttende funksjon og avdelingsleders holdningsskapende funksjon. Etikkarbeidets betydning for personalgruppens etikk-kompetanse viste at etikkarbeidet gir økt oppmerksomhet på etikk og etiske spørsmål. Etikkarbeidet viser seg også å påvirke arbeidskulturen ved å ha en samhandlende betydning og gir faglig trygghet. Viktige faktorer for å opprettholde etikkarbeid er at det må være a) utbytterikt for personalet og veilederne b) systematisert og avsatt tid, c) ressurspersoner som fungerer som igangsettere og pådrivere i etikkarbeidet.

Konklusjonen i drøftingen viser at avdelingslederne i denne studien har hatt en sentral rolle for å opprettholde etikkarbeidet i sine avdelinger, og blir definert som primus motor i denne prosessen. Etikkarbeidets betydning, i form av etisk refleksjon, for personalgruppen kan oppsummeres med at refleksjonen bidrar til å redusere automatiserte handlinger i deres arbeidspraksis. Viktige faktorer for å opprettholde etisk refleksjon er at personalet er motivert til å delta, noe som har sammenheng med at de opplever etikkarbeidet som meningsfylt.

Masteroppgave i sykepleievitenskap

Det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn, universitet i Oslo

Summary

Heading: «You have to be an enthusiast or it all boils away»

A qualitative interview based analysis on work ethics in nursing homes.

Since 2007, systematic work ethics has been a major priority area in the municipal sector in Norway. The project “Working together on ethical competence” has resulted in more than 200 municipalities establishing forums in order to strengthen the ethical competence of the Municipal Health and Care Services. The project is to be carried out until 2015. Much experience has been gained through the project, but to this date no scientific research has been initiated evaluating the project. With this focus this thesis will investigate the following question:

“How does the head of department of nursing homes evaluate their own importance in the ethical work, and the importance of ethical work in the service?

The research questions are:

1. Which role does the head of department play in the departments systematic work ethics?
2. According to experiences, what impact does the systematic work ethics have on the ethical competence of the employees, and for teamwork?
3. According to experiences, which conditions are important to maintain the systematic ethic work in the department of the nursing home?

Qualitative researched based interviews of seven head of departments from four different municipals in Norway have been conducted.

Theories which form the basis of this thesis are: Nursing practice, ethics, values, attitudes, ethical competence, ethical reflection and learning organizations and management theories. The empirical data is analyzed according to recommendations found in the literature. Systematic text condensation is used as the analytical method, after the interviews were transcribed. The research shows that the head of departments play important roles in the department's work ethics. After the analysis, the results are presented under the following headings: The head of department as: a) initiator, b) driving force, c) professional support and guidance, and e) role model. The work ethics are of importance to the employee's ethical competence and shows effect on the level of deliberate ethical thinking. There is also a positive effect on the interactions and thereby on the work culture. Important conditions to maintain the work ethics are as follows: a) rewarding for the employees and the supervisors, b) systematic and enough available time, c) key persons that act as initiators and driving forces.

The discussion concludes that the heads of departments taking part in this study play important roles to maintain the work ethics in their departments, and are defined as initiative-taker and driving force in this work. The consequences of the work ethics on the employees can be summarized by a reduction in automatic actions carried out by the employees in their work practice. The discussion regarding the important conditions in order to maintain the work ethic can be summarized by the necessity of the employees to experience the meaning with the work ethics to be motivated to further commitment to the work ethics.

Thesis in nursing science

Faculty of Medicine, Institute of Health and Society, University of Oslo

Forord

Jeg har nå vært gjennom en prosess jeg nesten ikke trodde jeg ville klare å gjennomføre.

Å kombinere et masterstudium med en avdelingslederrolle, har opplevdes som svært krevende. Jeg har i denne fasen lært å bli flinkere på tilstedeværelse, og å fokusere på en ting av gangen. Uten denne evnen hadde disse oppgavene overveldet meg.

Selv om masteroppgaven har vært et utfordrende arbeid, har det samtidig vært lærerikt. Det har gitt meg mye kunnskap, og noen viktige erkjennelser som jeg tar med meg videre i livet.

Velvillighet og tilrettelegging fra min arbeidsplass, kombinert med en fantastisk støtte på hjemmebane har gjort dette prosjektet mulig å realisere.

Jeg ønsker å gi en stor takk til de syv avdelingsledere som velvillig delte sine erfaringer med meg. Jeg opplevde dem som kunnskapsrike og reflekterte, og følte stolthet over å få være kollega med dem.

En særlig takk til min utrolig dyktige veileder Lillian Lillemoen. Du har stått på sidelinjen, muntret meg opp, kommet med kloke innspill, og aldri gitt meg opp, selv om det ble flere forsinkelser fordi jobben kom foran oppgaveskriving. Du har vært en inspirator for mitt engasjement i etikkarbeid. Jeg er veldig takknemlig for at du har veiledet meg gjennom denne krevende prosessen.

En stor takk også til alle dere som står meg nær. Både familie, venner og kolleger har vært gode støttespillere i denne lange arbeidskrevende perioden, og i tillegg bidratt til mange flotte opplevelser og adspredelse for meg i denne perioden.

En særlig takk til min aller nærmeste familie: Tina og Åsbjørn for gode innspill i slutfasen, og til Line som har støttet meg, lest korrektur og som er den tekniske av oss to søstre. En varm takk til mine to kjære som jeg lever sammen med: Bertil og Jonas. Det er dere to som har levd med en person som har hengt over en PC, og fylt huset med bøker og permer. Dere er minst like glade som meg for at dette prosjektet er over nå. Tusen takk til Bertil for din tålmodighet og gode innspill i slutfasen av oppgaven, og for alle de gode middagene du har lagd i denne perioden. En stor takk til Jonas for alle dine oppmuntrende kommentarer og kjærlige støtte og for at du har taklet så godt å ha en distre` og «fraværende» mor. Selv om

denne prosessen har hatt sine ulemper for deg, har du i en alder av 16 år fått mye kunnskap om etikk, organisasjonspsykologi og ledelse, og det har resultert i mange gode samtaler og engasjerende diskusjoner med deg.

Dere, som er min nærmeste familie betyr utrolig mye for meg og gir meg den tryggheten og støtten jeg har behov for.

Tusen takk til dere!

Eiksmarka, 24.09.2014

Siri Dønheim

Innholdsfortegnelse

«Du må brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen»	I
En kvalitativ intervjustudie om etikkarbeid i sykehjem	I
1 INNLEDNING	1
1.1 Mål og hensikt med studien	2
1.2 Problemformulering og forskningsspørsmål	3
1.3 Min forforståelse	4
1.4 Avgrensning av oppgaven	4
1.5 Faglig kontekst for undersøkelsen	5
1.5.1 De kommunale helse- og omsorgstjenestene	5
1.5.2 Sykehjem	6
1.5.3 Lover, forskrifter og politiske føringer	6
2 TEORETISK REFERANSERAMME	9
2.1 Sykepleiepraksis og etikk	9
2.1.1 Sykepleiepraksis	9
2.1.2 Etikk	10
2.1.3 Verdier	10
2.1.4 Holdninger	11
2.2 Etisk kompetanse og refleksjon	11
2.2.1 Etisk kompetanse	12
2.2.2 Systematisk etikkarbeid og etisk refleksjon	13
2.3 Lærende organisasjoner og ledelse	16
2.3.1 Lærende organisasjoner	16
2.3.2 Ledelse	18
2.4 Aktuell og relevant forskning	23
2.4.1 Studier om etiske utfordringer i sykehjem	23
2.4.2 Evalueringsstudier av etiske refleksjonsgrupper	27
3 METODE OG GJENNOMFØRING	31
3.1 Systematisk litteratursøk	31
3.2 Metodevalg	35
3.3 Utvalg	35
3.4 Gjennomføring av intervjuene	38

3.5	Analyse av intervjuene	41
3.6	Forskningsetiske vurderinger	44
3.7	Reliabilitet og validitet	47
3.7.1	Reliabilitet	47
3.7.2	Validitet	47
3.8	Metodekritikk	48
4	PRESENTASJON AV FUNN	50
4.1	Bakgrunnsopplysninger	50
4.1.1	Implementeringsfasen	51
4.2	Etikkarbeidets form	55
4.2.1	Former for etikkarbeid	55
4.2.2	Refleksjonsgruppens opplegg og struktur	55
4.3	Avdelingsleders funksjon i det systematiske etikkarbeidet	57
4.3.1	Avdelingsleders styrende funksjon	59
4.3.2	Avdelingsleders støttende funksjon	60
4.3.3	Avdelingsleders holdningsskapende funksjon	63
4.4	Etikkarbeidets betydning for personalgruppens etiske kompetanse og for det kollegiale samarbeidet i avdelingen	66
4.4.1	Økt oppmerksomhet på etikk og etiske spørsmål	67
4.4.2	Faglig trygghet	70
4.4.3	Etikkarbeidets antatte betydning for relasjonen til brukerne av sykehjemstjenesten	72
4.5	Viktige faktorer for opprettholdelse av avdelingens etikkarbeid	73
5	DRØFTING AV FUNN	78
5.1	Avdelingsleder er primus motor i avdelingens etikkarbeid	78
5.2	Etikkarbeidet reduserer automatiserte handlinger og styrker samhandling	86
5.3	Etikkarbeidets opprettholdes når det gir en opplevelse av mening for personalet	90
6	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	94
	Litteraturliste	96
	Vedlegg 1	101
	Vedlegg 2	104
	Vedlegg 3	107
	Vedlegg 4	108

1 INNLEDNING

Sykehjemsbeboere er en særlig utsatt og sårbar gruppe mennesker. Nesten åtti prosent av dem som i dag bor på sykehjem har en demenslidelse, og mange av dem har flere sykdomsdiagnoser og et stort pleie- og omsorgsbehov (Omsorgsplan, 2015). Det er av den grunn viktig å ha kompetent helsepersonell i sykehjem som ser beboernes individuelle behov, og opptrer støttende og respektfullt når de yter bistand og hjelp.

Ansatte i sykehjem erfarer mange krevende situasjoner rundt oppfølging av sykehjemsbeboere. Det gjelder omsorg i livets slutfase, oppfølging av beboere som ikke ønsker nødvendig helsehjelp eller urolige, demente beboere. Alle disse situasjonene stiller store krav til fagkompetanse, personlig trygghet og etisk reflekterte ansatte. Studier viser at mange ansatte i sykehjem ønsker hjelp til å mestre de etiske utfordringene bedre (Bollig, Pedersen, Førde, 2009). Situasjoner som helsepersonell rapporterer som særlig utfordrende er situasjoner der beboere eller pårørende oppleves som «krevende», pleiefaglige vanskelige oppgaver, samt organisatoriske utfordringer (Gjerberg & Amble, 2009).

Tiltak som kan bidra til å heve ansattes etikk- kompetanse og styrke deres opplevelse av mestring i arbeidshverdagen, vil trolig være av betydning både for ansatte, pårørende og pasienter i sykehjem. I kjølevannet av «Omsorgsmeldingen», hvor et viktig fokus var målet om styrket, etisk kompetanse for helsepersonell i kommunehelsetjenesten (St. meld. nr. 25. (2005-2006)), ble det etablert en nasjonal satsning på systematisk etikkarbeid innenfor disse tjenestene. Prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» har ved årsskifte 2013/2014 rekruttert 213 kommuner som deltakere, og majoriteten av de deltakende kommunene har etablert møteplasser for ansatte, med målsetting om å styrke den etiske kompetansen gjennom systematisk etisk refleksjon (www.ks.no/). Prosjektet startet i 2007 og skal vare ut perioden for «Omsorgsplan 2015».

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverforening (KS) og Senter for Medisinsk Etikk (SME), ved universitetet i Oslo ble begge gitt et særskilt ansvar inn i denne satsingen. Møteplasser i form av etiske refleksjonsgrupper og kliniske etikk- komiteer (KEKK) er blitt innført mange steder som en del av dette arbeidet.

I juni 2011 ble det avholdt en nasjonal ide-dugnad, arrangert av SME. En muntlig oppsummering av etikkarbeidet på landsbasis, var at det var til dels store variasjoner med hensyn til hvor langt i prosessen det systematiske etikkarbeidet i kommunene var kommet. Noen kommuner og organisasjoner hadde lyktes godt med implementeringen og hadde systematikk, kontinuitet og progresjon i etikkarbeidet, mens man andre steder strevde eller hadde gitt opp arbeidet. Selv om flere organisasjoner og kommuner har foretatt lokale evalueringer, er det utført få spesifikke forskningsstudier av dette etikkarbeidet. Med det som utgangspunkt ønsket jeg å foreta en studie hvor erfaringer fra etikkarbeidet i sykehjem blir nærmere belyst.

1.1 Mål og hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer avdelingsledere for sykehjemsavdelinger har gjort vedrørende systematisk etikkarbeid ved sin institusjon. Det vektlegges å undersøke hvilken rolle avdelingslederne har i avdelingenes etikkarbeid, samt om det erfarer at etikkarbeid har betydning for personalgruppens etiske kompetanse. Det vil også være et fokus i studien om avdelingsledere opplever at etikkarbeid har betydning for arbeidsmiljøet, og hvilke faktorer som erfarer å være viktige for opprettholdelse av systematisk etikkarbeid i sykehjem.

På landsbasis har mange personer i kommunene investert mye tid og energi i arbeidet med etisk kompetanseheving. Det er klare mål med satsingen og Nasjonal helse – og omsorgsplan (St. meld. nr. 16, 2011-2015) poengterer en fortsatt satsing på systematisk etikkarbeid. Målbare effekter er vanskelig å dokumentere, men å få belyst erfaringer fra dem som har arbeidet med etikkarbeid, anser jeg som viktig. På den måten kan også andre trekke lærdom av positive og negative erfaringer.

I årenes løp er det blitt igangsatt mange prosjekter i helsesektoren, og flere av dem uten varige endringer. Heller ikke i den nasjonale etikksatsingen har alle sykehjem klart å bevare kontinuitet og systematikk, og vi mangler kunnskap om hvorfor noen ledere og avdelinger prioriterer etikkarbeid, mens andre ikke gjør det. Hvilke faktorer som bidrar til opprettholdelse av kontinuitet og systematikk, og reduserer sjansene for at satsingen nærmest

blir som et forbigående motefenomen er av interesse å få mer kunnskap om. I den grad det finnes evalueringsstudier av etikkarbeid, så vel nasjonalt som internasjonalt, er det få studier fra sykehjem. Dette berettiger også denne studien.

Mange sykehjemsavdelinger har flere fellestrekk både med hensyn til organisering av tjenesten og i forhold til personalsammensetning. Av den grunn kan funnene fra denne studien også få betydning for andre i sykehjems-sektoren. Dette har vært utgangspunktet for studiens problemformulering og forskningsspørsmål.

1.2 Problemformulering og forskningsspørsmål

Med bakgrunn i kjennskap til den nasjonale etikksatsingen, har jeg valgt følgende problemformulering og forskningsspørsmål:

Problemformulering

Hvordan vurderer avdelingsledere i sykehjem egen betydning i etikkarbeidet, og etikkarbeidets betydning for tjenesten?

Forskningsspørsmål

1. Hvilken funksjon har avdelingsleder i avdelingens systematiske etikkarbeid?
2. Hvilken betydning erfares systematisk etikkarbeid å ha på personalgruppens etiske kompetanse og for kollegialt samarbeid?
3. Hvilke faktorer erfares å være viktige for å opprettholde systematisk etikkarbeid i en sykehjemsavdeling?

1.3 Min forforståelse

Jeg har i mange år har vært opptatt av etikk og etisk kompetanse hos helsepersonell, og av hva som kan bidra til en styrket evne til å håndtere etisk utfordrende situasjoner. I min yrkespraksis, som sykepleier og avdelingsleder i sykehjem, har jeg sett utallige flotte samhandlingssituasjoner mellom helsepersonell og pasienter, men dessverre også opplevd mindre heldige situasjoner. Det er ikke alltid samsvar mellom de verdier mennesker uttrykker å ha, og de verdier som uttrykkes i deres opptreden i møte med beboere, pårørende og kolleger. De siste 3-4 årene har jeg selv tilegnet meg kunnskap og erfaring med etikkarbeid i sykehjem, hvor jeg har vært med på etablering, deltagelse og organisering av etiske refleksjonsgrupper i sykehjemsavdeling. Jeg har høstet mange positive erfaringer med refleksjonsgrupper, men har samtidig erfart at dette arbeidet er krevende og at det er nødvendig med ressurser, både i form av tid, kompetanse og dedikerte personer. Det kan være varierende motivasjon i en personalgruppe for refleksjonsgrupper, og refleksjonsarbeid er en arbeidsform som kan kreve tid og øvelse før personalet blir fortrolige med det.

Det er ikke lett å måle effekter av etikkarbeid som for eksempel endrede holdninger eller forbedret etisk kompetanse hos personalet. Personalgruppen kan bestå av individer med til dels store ulikheter i kompetanse. Allikevel forventer jeg at avdelingsledere har gjort noen erfaringer med etikkarbeid i sykehjem som kan være viktige å få belyst. Denne erfaringsbakgrunnen og dette faglige ståstedet er en del av min forforståelse når jeg forsker på dette feltet.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Avgrensningen i denne studien er at det kun er lederes opplevelse og erfaring med etikkarbeid som kommer til uttrykk. Det er de som blir formidlere av personalets erfaringer vedrørende etikkarbeidet i avdelingene, og som vurderer den etiske kompetansen i personalgruppen. Systematisk etikkarbeid kan inkludere ulike tiltak for å øke etikk-kompetansen i en personalgruppe, men i mitt arbeid avgrenses systematisk etikkarbeid til å gjelde etiske refleksjonsgrupper. Avdelingslederne omtales i denne studien som intervjuperson, deltaker, avdelingsleder eller hun.

Sykehjemsbeboere har gjennomsnittlig 6 – 7 ulike sykdomsdiagnoser, og det kvalifiserer dem til betegnelsen «pasient», men i denne studien omtales de som beboere, fordi det var denne betegnelsen de fleste intervjupersonene i studien brukte.

1.5 Faglig kontekst for undersøkelsen

Her ønsker jeg å klargjøre hvilken kontekst denne undersøkelsen foregår i, og jeg gjør rede for noen av de eksterne og interne rammene som påvirker deltakerne i studien. Min vurdering er at det vil bidra til å gi et mer helhetlig bilde av studien.

1.5.1 De kommunale helse–og omsorgstjenestene

Offentlig sektor skal produsere felles goder til samfunnet. Målene er knyttet til velferd, sosial likhet og rettferdighet, og disse målene har en sterk verdimessig basis. Helse – og omsorgssektoren er desentralisert hvilket innebærer at beslutningsmyndigheten er flyttet langt ned i organisasjonen. Det jobber mange profesjonelle yrkesutøvere i denne sektoren, og profesjonelle medarbeidere har fått et stort handlingsrom, og har stor autonomi og selvstendighet i jobben. De er gitt et forvaltningsansvar overfor samfunnet og skal forvalte samfunnets ressurser på en måte som gir best mulig helsetjeneste ut av hver krone (Busch, 2012).

Samtidig er virksomhetene sterkt regulert av lover og regelverk. Gjennom de siste tiårene har lovgivning og myndighetenes politikk forsterket brukeres rettigheter i de fleste vestlige land. Det kan resultere i redusert handlingsrom for ledere og helsepersonell når beslutninger skal tas. Offentlig sektor har også blitt mer påvirket av det private næringsliv, og av New Public Management (NPM). Det har resultert i økt konkurranse i helsevesenet, resultatmålinger, effektivitetsfokus, sterkere styring samt større fokus på ansvarliggjøring. En kritikk som rettes mot NPM er at den i for liten grad vektlegger verdiene som er viktige i offentlig sektor. En annen kritikk er at det er vanskelig å måle resultater av verdier som respektfull behandling og likebehandling, og derfor er resultatmåling en utfordring i offentlige virksomheter (Amble, 2013; Busch, 2012). Studier beskriver en helsesektor under press hvor personell som jobber

nær pasientene opplever et misforhold mellom velferdsambisjoner og ressurser (Gjerberg, Hem, Førde, Pedersen, 2013).

1.5.2 Sykehjem

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes av en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste, som avhjelper spesialisthelsetjenesten i forhold til omsorgsoppgaver. Målt i årsverksinnsats er den kommunale omsorgstjenesten i dag større enn sykehussektoren. Omsorgstjenestene hadde i 2006 over 200 000 brukere, hvorav 40 000 bor i sykehjem (St.meld. nr.25). Mestring, muligheter og mening). Sykehjem er på lik linje med sykehus og omsorgsboliger bærere av viktige samfunnsverdier og har høy legitimitet (Busch, 2012). Men mange sykehjem har problemer med å rekruttere nok sykehjems-personell (Gjerberg, Førde, Pedersen, Bollig, 2010), og mange opererer med en for lav bemanning, bruk av midlertidig arbeidskraft, og har høy turnover. Slike faktorer vil sannsynligvis influere negativt på kvaliteten (Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen, 2013).

Sykehjem i Norge har mange fellestrekk, men er også noe ulikt organisert. En del har spesialenheter som rehabiliteringsavdeling, demensavdeling, korttidsavdeling og lindrende enheter, mens andre er rene somatiske sykehjemsavdelinger. I min studie intervjuer jeg ledere både for spesialavdelinger og ledere for ordinære, somatiske sykehjemsavdelinger.

1.5.3 Lover, forskrifter og politiske føringer

Det eksisterer mange lover, retningslinjer og politiske føringer som utdyper hvilke plikter, krav og forventninger samfunnet stiller til helsepersonell.

Lover

Helsepersonell er i lov pålagt å utøve faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I helsepersonell-loven er det helsepersonell som er det såkalte pliktobjekt, som betyr at en har plikt til å oppfylle lovens ord i praksis (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Pasient- og brukerrettighetsloven vektlegger kravet om brukermedvirkning og respektfull behandling av pasienter som viktige punkter.

«Jusen bidrar til å beskytte den svake part i forhold der helsearbeideren er den sterke part, og sitter med myndighet til å bestemme hva som er rett handling» (Slettebø & Nordtvedt, 2006, s. 18)

Retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICN's etiske regler for sykepleiere er profesjonelle standarder som er ment å påvirke utøvelsen av sykepleiefaget, og påvirke sykepleieres profesjonskultur. Pasienten skal på denne måten sikres formelle rettigheter (Slettebø & Nordtvedt, 2006).

Stortingsmeldinger

De siste årene har det kommet flere stortingsmeldinger og retningslinjer som har hatt betydning for etikksatsingen og kravet om etisk kompetanseheving for helsepersonell i helse- og omsorgssektoren.

Verdimeldingen (St.meld. nr.26 (1999- 2000) slår fast menneskeverdet som ukrenkelig, og at kjerneverdiene i helse- og omsorgssektoren er kvalitet, omsorg, rettferdighet, respekt, integritet og autonomi.

Forskrift om Verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien), gir de eldre juridiske rettigheter i sykehjem, og dens formål er å sikre kvalitativt gode tjenester og bidra til en trygg, verdig og meningsfull alderdom. Tjenestetilbudet skal innrettes med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (St. meld. nr. 16, 2011 – 2015).

Omsorgsplan 2015 er regjeringens plan for å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i de kommunale omsorgstjenestene. Et mål er å styrke den etiske kompetansen og gjennomføre systematisk etisk refleksjon i tjenestene. Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene, og også her er et av målene å styrke den etiske kompetansen og stimulere til etisk refleksjon. Større faglig bredde, og økt vekt på veiledning, internopplæring og videreutdanning er også et mål (St.meld.nr.16 (2011-2015).

I «Morgendagens omsorg» (St.meld. nr. 29, 2013) poengteres det at framtidens tjenester må fokusere på innovasjon og kompetanse, og at dette er et lederansvar. Befolkningens

alderssammensetning endres, og kompleksiteten i oppgavene vil øke. Framtidens eldreomsorg skal legge opp til brukermedvirkning og mer brukerstyring, ved at mer makt og styringsmuligheter skal overføres til brukerne. Nye arbeidsmetoder og krav om nye måter å organisere tjenester på vil gi behov for et faglig omstillingsarbeid. Gode omsorgstjenester skal bestå av kompetente ledere og ansatte, og omsorgstjenesten skal være lærende, innovativ og nyskapende (St.meld. nr. 29 (2013)).

2 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Sykepleiepraksis og etikk

2.1.1 Sykepleiepraksis

Sykepleiepraksis er en verdiladet praksis, hvor etikk er et sentralt tema. Å være omsorgsgiver overfor syke og skrøpelige mennesker i en sårbar situasjon, vil gi en makt-ubalanse i relasjonen. Gode holdninger og moralsk god opptreden overfor pasientene fremheves derfor som noe av det viktigste i god sykepleie. Holdningenes etiske betydning kommer til uttrykk gjennom vår høflighet, vennlighet, oppmerksomhet og evne til å lytte (Nordtvedt, 2012). Helsepersonells holdninger vektlegges også i stortingsmeldinger:

«Gode etiske holdninger er en forutsetning for høy kvalitet i tjenesten. I en komplisert medisinsk hverdag må etisk bevissthet vedlikeholdes og fornyes i tråd med faglig og organisatorisk utvikling og samfunnsutviklingen. Dette er et ledelsesansvar.» (St. meld nr. 16. 2011 – 2015 s 96).

En av utfordringene i sykepleiepraksis er at sykepleie er et emosjonelt og relasjonelt arbeid. Man forholder seg kontinuerlig til andre mennesker, som pasienter, pårørende og kolleger. I yrkessammenheng er det en forventning om at helsepersonell mestrer å skille sine egentlige følelser fra yrkesrollen. Innimellom kan det oppstå følelsesmessig dissonans mellom de egentlige følelser og de følelsene man i yrkessammenheng kan tillate seg å vise. Det kalles emosjonelt arbeid når man befinner seg i en slik spenningssituasjon. Arbeidssituasjonen kan av den grunn bli krevende, stressende og til tider helsebelastende (Kaufmann & Kaufmann, 2012). Arbeidssituasjonen er i tillegg slik at man går eller løper store deler av dagen, og en dypere forståelse av sammenhengen mellom hendelser blir ikke alltid oppfattet, på grunn av mangel på tid og mangel på mulighet til fysisk stillhet (Gjerberg & Amble, 2011). I sykehjem er det halvparten så mange sykepleiere per pasient som i sykehus (Dreyer, Førde, Nordtvedt, 2011), og arbeidshverdagen i sykehjem preges av høy arbeidsbelastning og tidsknapphet (Egede-Nissen, Jakobsen, Sellevold, Sørli, 2012).

I sykepleien vil mange problemstillinger ha karakter av dilemma. Det finnes ingen riktig løsning og man må velge mellom to onder. Man kan ha ulike alternative handlinger uten at noen av dem er optimale. «*Uansett hva man velger så sitter man igjen med hva man kan kalle et restproblem*» (Nordtvedt, 2012, s. 123). Man kan i etterkant bekymre seg for om man skulle ha handlet annerledes, eller man har vært nødt til å overse en viktig verdi for å kunne ta mer hensyn til en annen verdi. I slike sammenhenger vil etikk være til hjelp for å klargjøre hva som står på spill i en situasjon, og hvilke verdier som er i konflikt med hverandre.

2.1.2 Etikk

Den kliniske etikken i helsetjenesten handler om etiske utfordringer og dilemmasituasjoner i møte mellom sykepleiere og den enkelte pasient. Den omhandler dessuten konflikter som oppstår i prioriteringer mellom forsvarlig ressursforvaltning og effektivisering av helsetjenesten på den ene siden og individuelle hensyn til enkeltpasienter på den andre siden. (Nordtvedt, 2012). Etikk innebærer å reflektere kritisk over egne valg og handlinger.

«Moral dreier seg om hva man gjør, mens etikken er hva man tenker om det man gjør. Moralen er basert på hva en erfarer i dagliglivet som godt eller vondt, rett eller galt som følge av ens handlinger. Moral er basert på erfaringer, oppdragelse, sosiale konvensjoner og følelser. Etikken er den kritiske og systematiske refleksjonen over disse erfaringer, konvensjoner og følelser. Etikken er moralens teori» (Nordtvedt, 2012, s 39).

Når man skal reflektere kritisk over en dilemmasituasjon, gjøres dette i forhold til bestemte verdier. Man må vurdere hvilke verdier som er i konflikt med hverandre i den bestemte situasjonen (Ruyter, Førde, Solbakk, 2007).

2.1.3 Verdier

Verdier er regler om rett og galt, og handler om våre grunnleggende prinsipper og overbevisninger. Verdienes fungerer som veivisere for vurderinger, handlinger og holdninger, og påvirker i stor grad atferden til mennesker (Kaufmann & Kaufmann, 2011). I helsevesenet er verdier som respekt og verdighet viktige som rettesnor for pasientomsorg. I sykepleiepraksis bør man være kjent med at ikke alle verdier som verbalt uttrykkes av helsepersonell som en verdi, vises i praktiske handlinger. Man skiller mellom utrykte verdier og bruksverdier. De utrykte verdiene er de man sier man har, mens bruksverdiene er de som

blir de synlige i samhandlingssituasjoner med pasient, pårørende og kollegaer. De kan være sammenfallende, men det finnes mange eksempler hvor de ikke er det. Ansatte kan si at respektfull atferd er en viktig verdi for dem, men i samhandling med pasienter kan de ha en opptreden som oppleves som krenkende (Busch, 2012). Dersom etiske verdier ikke overholdes viser en studie at personalet vil oppleve stress. Ser man derimot kolleger behandle pasienter på en vennlig og respektfull måte, opplever man positive og gode følelser. Det er med andre ord følelsesmessig viktig for oss at verdier overholdes (Bolmsjø, Sandman, Andersen, 2006a).

Det er et mål at verdier blir internalisert hos den enkelte, fordi de da vil ha en selvregulerende funksjon på hvordan man handler overfor pasienter, pårørende og kolleger. Internaliserte verdier vil medføre at man bedriver selvkontroll for ikke å bryte med sitt eget verdisett. Selvkontroll er noe man utøver også når man er alene med en pasient (Busch, 2012).

2.1.4 Holdninger

Holdningene våre blir sterkt påvirket av våre dypereliggende verdier. Holdninger kan sies å være en disposisjon til å reagere følelsesmessig, kognitivt og atferdsmessig. Holdninger bestemmer våre meninger, men holdninger kan endres nokså raskt. Deltar man i samtaler, diskusjoner, får ny informasjon eller hører positiv eller negativ omtale om andre, kan ens holdninger endres (Kaufmann & Kaufmann, 2011). Når det i tillegg er slik at holdning og handling påvirker hverandre, blir det viktig også å fokusere på helsepersonells holdninger i deres yrkespraksis. Den som utfører visse typer moralske handlinger, styrker tilsvarende moralske holdninger, og disse disponerer i sin tur til karakteren slik at den i sin overveielse vil velge moralske handlinger i fremtiden (Vetlesen & Nordtvedt, 1994).

2.2 Etisk kompetanse og refleksjon

Jeg har vist til dokumentasjon som fastslår sykepleie som et etisk krevende fagområde, og til politiske føringer som fastslår et behov for økt, etisk kompetanse i eldreomsorg. Det bringer meg over til et nytt sentralt begrep: etisk kompetanse. Jeg vil først trekke inn sentral teori fra professor i filosofi Arne Johan Vetlesen (1994) som omhandler etisk kompetanse, og som han

beskriver som moralsk dømmekraft. Deretter beskrives etisk refleksjon og ulike refleksjonsmetoder.

2.2.1 Etisk kompetanse

I helsefagenes yrkesutøvelse handler mye om å ta valg, og å finne ut hva som er «riktig» eller «godt» å gjøre i vanskelige situasjoner, en kompetanse som ikke kan lovfestes men som krever at etikk inngår i yrkesutøvelsen (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Helsepersonell møter stadig komplekse situasjoner som det ikke finnes standardiserte løsninger på, og som må løses i den bestemte konteksten. Gode løsninger forutsetter etisk kompetanse.

Vetlesen og Nordtvedt (1994), bruker begrepet moralsk opptreden som kan sidestilles med etisk kompetanse, slik jeg vurderer det. Moralsk opptreden kan forstås som en kompetanse som består av tre ledd: Persepsjon, dømmekraft og handling. Persepsjon eller iakttagelse går logisk forut for dømmekraft, som i sin tur går logisk forut for handling. Hvert ledd er avhengig av ytelsen på det forutgående leddet. Følelsesmessig evne til empati og evne til tolking, avveining og abstraksjon er begge uunnværlig for moralsk persepsjon og dømmekraft.

Persepsjon vil si å få øye på det moralsk betydningsfulle i en situasjon, og se hvordan andre i situasjonen berøres. Personen må bevisst «se etter» hva som kan være av moralsk betydning når en situasjon vurderes. Det krever en sanselig- emosjonell-kognitiv åpenhet for det.

Dømmekraft referer til vår mer nøyaktige tolkning av en aktuell situasjon, for å avveie hva som er den moralsk riktige måten å forholde seg til situasjonen på. Slik legger dømmekraften grunnlaget for vår respons på situasjonen i form av hvordan vi velger å handle (Vetlesen & Nordtvedt, 1994). Følelser er viktig ved moralsk dømmekraft. Man må identifisere en situasjon som moralsk betydningsfull. Det forutsetter at vi har en grunnleggende evne til empati; forstått som følelsesbasert innlevelse i andres situasjon. Når man skal bruke dømmekraften for å handle best mulig ut fra hensynet til alle parter, så trenger man normer og prinsipper som kan veilede en i avveininger. Man beveger seg fram og tilbake mellom persepsjon og dømmekraft før man tar en avgjørelse om hva som er en passende og moralsk opptreden i en situasjon. Utøvelse av persepsjon må altså suppleres med dømmekraft dersom en velfundert handling skal settes ut i livet.

Den moralske dannelsen, den etiske bevisstheten og våre holdninger etableres allerede i barneårene og er en del av menneskets oppvekst og oppdragelse. Det er et grunnleggende trekk ved menneskets personlighet (Nordtvedt, 2012). Selv om moralen allerede er dannet når arbeidstakere begynner i arbeidslivet, kan etikk-læringen bevisstgjøre mennesker til å vurdere egne handlinger og se dem i et nytt lys.

«Egenskaper som har betydning for moralsk kompetanse, utvikles gjennom et livsløp i et samspill mellom personlighet, arv, sosialt miljø, kunnskaper og de personlige erfaringene man gjør, og som man bearbeider og kritisk reflekterer over» (Nordtvedt, 2012, s 62).

2.2.2 Systematisk etikkarbeid og etisk refleksjon

Systematisk etikkarbeid handler blant annet om å skape systemer som gjør det mulig å «håndtere tvil, uenighet og kritikk og mangler på en konstruktiv måte» (Bollig, Pedersen, Førde, 2009, s. 195).

Eksempler på systematisk etikkarbeid er kompetanseheving, retningslinjearbeid, etablering av etikkomiteer eller refleksjonsgrupper (Bollig, Pedersen, Førde, 2009). Den formen for etikkarbeid som denne studien utdyper er etisk refleksjon i grupper.

Etiske refleksjonsgrupper

Etisk refleksjon innebærer å reflektere over egen praksis, og systematisk lete etter andre og bedre handlingsalternativer – sammen med kolleger, samarbeidspartnere, brukere og pårørende (St.meld. nr. 29, 2013). Etikkrefleksjon foregår på et konkret praksisnært nivå (hendelsen, berørte parter, handlingsalternativer) og på et verdi – og teorinivå (hva er fakta i saken, hvilke verdier og juridiske rammer aktualiseres). Refleksjonen bør ende med en «løsning», en konkret måte å håndtere situasjonen eller liknende situasjoner på (Lillemoen & Børslett, 2010). Ved å reflektere over situasjoner i den praktiske arbeidshverdagen kan man få et klarere og mer helhetlig bilde av en situasjon, og se hvilke verdier som står på spill i den gitte situasjonen.

«Etikken hjelper oss ikke alltid til å ta valgene, men den kan hjelpe oss til å klargjøre hvilke valgmuligheter vi har, og kan bidra med å øke eller utvide den refleksjonen vi gjør oss i slike situasjoner, eller ved vanskelige dilemmaer» (Slettebø & Nordtvedt, 2006, s. 13).

Målet med etisk refleksjon er å få mer etisk kompetente og bevisste medarbeidere.

Atferdsendring kan komme automatisk når medarbeidere erkjenner, kognitivt og emosjonelt, at de har utviklet en uhensiktsmessig atferd.

Refleksjonsmetoder

Den finnes mange ulike refleksjonsmetoder, og hvilken metode som velges avhenger både av erfaring, kunnskap og tid. Mange metoder har flere likhetstrekk, men det varierer hvor dyptgående metodene går inn på de etiske problemene, og hvor mye tid som avsettes til refleksjonsprosessen. Hensikten med modellene er at de skal være til hjelp for å reflektere systematisk omkring etiske dilemmaer og problemstillinger (Nordtvedt, 2012, s 126).

Ettersom flere av mine informanter henviser til ulike refleksjonsmetoder, beskrives de kort i den teoretiske rammen.

Senter for medisinsk etikk presenterer på sin nettside en modell med seks trinn, kalt SME-modellen:

1. Hva er det etiske problemet og hva er fakta i saken?
2. Hvem er berørte parter og hva er deres syn?
3. Hvilke verdier aktualiseres?
4. Hvilke lover og retningslinjer aktualiseres?
5. Hvilke handlingsalternativer finnes
6. Drøfting og konklusjon

Modellen var kjent for tre av avdelingslederne, og ble anvendt som hovedmodell ved en av institusjonene.

Det finnes mange andre refleksjonsteknikker som Eide og Aadland (2008) omtaler som «lavterskeltiltak», fordi de er enkle å organisere og mindre ressurskrevende. De mener at disse metodene kan tjene som innledende øvelser og skape interesse til å gå videre med de mer

omfattende refleksjonsmetodene. Eksempler på lavterskeltiltak kan være «trekk et kort», hvor man har en kortstokk med enkle refleksjonsoppgaver, og dette danner utgangspunkt for refleksjon. Et annet tiltak er «les en fortelling», med en case fra praksis (Eide & Aadland, 2008). «Trafikklys» er en metode hvor et etisk dilemma med en løsning leses opp, og man viser et grønt kort om man er enig med løsningsforslaget, et rødt ved uenighet, og et gult dersom man ikke vet/er usikker. En metode kalt Fishbowl-method (Sequence driven method) gir også deltakerne mulighet til å diskutere etiske tema. En person i gruppen tar opp en etisk situasjon, og sier til den neste at «Når jeg sier det, så tenker du at...» Neste person reflekterer høyt videre før det samme gjentas til neste deltaker i refleksjonsgruppen (Søderhamn, Jøstvedt, Slettebø, 2014).

Formålet med refleksjoner er at ansatte skal få hjelp til å se nærmere på situasjoner de opplever som etisk problematiske, og at det igjen skal komme pasienter og pårørende til gode. Det er også et håp at refleksjon bidrar til ansattes læring og utvikling. For å utvikle kunnskap i handling er det nødvendig med tid til å tenke over hva som er blitt gjort, hvorfor man handlet som man gjorde, og hva man i fremtiden ønsker å gjøre. Kritisk refleksjon innebærer at individer ser på sine erfaringer, kobler disse erfaringene til de følelsene de selv har, og kobler dette til nye erfaringer. Ved kunnskapsdeling blir refleksjon og dialog et avgjørende hjelpemiddel (Filstad, 2012).

«Læring innebærer at det skjer en endring, og det er her refleksjon kommer inn, da det er gjennom å reflektere over hva som skjer i praktisk arbeid at endring er mulig. Medarbeidere er ikke alltid seg bevisst at det er snakk om læring. Gjennom å arbeide med refleksjon burde det være mulig å synliggjøre denne læringen i mye større grad enn det som viser seg å være tilfelle så langt i mange organisasjoner» (Filstad, 2011, s. 73).

Innføring av etiske refleksjonsgrupper i sykehjem er et svar på det uttrykte behovet for økt etisk kompetanse, et tiltak som samtidig viser at sykehjemmet har fokus på og tilrettelegger for læring og utvikling i organisasjonen. Tilrettelegging for ansattes kompetanseutvikling leder meg naturlig til temaet lærende organisasjoner, og lederrollen i tilknytning til dette.

2.3 Lærende organisasjoner og ledelse

2.3.1 Lærende organisasjoner

En av de viktigste betingelsene for at det skjer læring og fagutvikling på arbeidsplassen, er at medarbeiderne får nødvendig tid til å reflektere over egen og andres praksis. En sterk læringskultur i en organisasjon innebærer å ha fokus på læring hele tiden. Det må settes av tid, samtidig som organisasjonsstrukturen må støtte opp om læringsprosessene, og læringskulturen må integreres som en del av en organisasjonskultur. *Læring må fokuseres på som en forutsetning for endringer i organisasjonen»* (Filstad, 2012, s. 220). Viktigheten av at sykehjem utvikles til å bli lærende organisasjoner, poengteres av myndighetene.

«Kontinuerlig læring i organisasjonen er en forutsetning for kvalitetsforbedring. Læringskulturen inkluderer rutiner, vaner, holdninger og hvilken praksis som etterspørres og belønnes. I et miljø med god læringskultur skal man kunne stille spørsmål og fortelle om uønskede hendelser uten å frykte negative følger. Gode etiske holdninger er en forutsetning for høy kvalitet i tjenesten» (St. meld. nr. 16.(2011 – 2015) Nasjonal helse og omsorgsplan, s. 96).

Jeg knytter læring på arbeidsplassen opp mot denne studiens fokus som er kompetanseheving på etiske spørsmål i sykehjemsavdelinger. Etisk kompetanseheving kan medføre positive endringer på det etiske klimaet i avdelingen. Avdelingskulturen i sykehjem preges av alle de ansatte som jobber der. Personlige holdninger i en kultur, eller subkultur, har lett for å spre seg. Ansatte med gode holdninger og handlinger kan inspirere de andre i organisasjonen til det samme, fordi de fremstår som gode rollemodeller, og på den måten utvikler det seg gode verdier og holdninger i kulturen. På samme måte kan medarbeidere overta kollegaers kritikkverdige holdninger. Negative tankemønstre utvikler seg også ofte i sosiale sammenhenger (Bang, 2011). Av den grunn er det viktig ved organisasjonslæring at man klargjør hvilke holdninger og verdier som synliggjøres i avdelingens praksis, og at personalgruppen sammen arbeider mot et felles mål om kompetanseheving. Bare de organisasjoner som er fleksible, tilpasningsdyktige og produktive vil være de beste i tider med raske endringer. Senge (1990) mener at fem komponenter eller disipliner må være tilstede for å skape en velfungerende lærende organisasjon, og at alle disiplinene er viktige i denne prosessen. De fem disiplinene er:

1. Systemtenkning som innebærer at hvert enkelt individ i en organisasjon påvirker hverandre, og er deler av samme helhet. Individene må lære å forstå helheten og sammenhengen i organisasjonen, og se at deres handlinger påvirker helheten
2. Personlig mestring, - handler om individenes evne, og vilje til å lære, og dermed mestre ulike ferdigheter. Personlig mestring innebærer at man i alle situasjoner er bevisst på hva som er viktigst. En organisasjons evne og vilje til å lære, er helt avhengig av det enkelte individs vilje og evne til å lære.
3. Mentale modeller er grove generaliseringer, bilder og symboler som påvirker vår evne til å forstå verden rundt oss og hvordan vi skal oppføre oss. Man må utvikle en bevissthet over de holdninger og persepsjoner som påvirker våre tanker og vår sosiale interaksjon med andre. Ved kontinuerlig å snakke om, og revurdere de mentale modellene kan individer oppnå større evne til å styre egne handlinger og beslutninger.
4. Felles visjoner innebærer fokus om felles formål, og individene må lære å utvikle en felles forpliktelse overfor organisasjonen. Man ønsker å etablere et felles syn på de prinsippene og retningslinjene som er nødvendige, for å få organisasjonen inn i den ønskede felles framtiden. Det er viktig å finne «bilder» av fremtiden som engasjerer de ansatte, og som deles av de fleste.
5. Teamlæring. Å jobbe i grupper er viktig for at den enkelte skal se helheten og sammenhenger i en organisasjon. Teamlæring starter med dialog og medlemmenes evne til å samarbeide med et åpent sinn, og lære ting sammen med andre. Dialog innebærer en fri meningsutveksling i grupper, som gir innsikter som den enkelte ellers ikke ville fått. Forholdene må legges til rette for en åpen dialog hvor man stoler på hverandre og deler informasjon for å lære av hverandre (Senge,1990).

Å være en lærende organisasjon innebærer altså både et fokus på individuell læring hos hver av medarbeiderne, men også at organisasjonen som helhet viser en utvikling, ny-læring og endring. Organisasjonen ses på som en helhet, og helheten er avhengig av individene og deres samhandlingsmønstre i forhold til deling av kunnskap. Jo mer medlemmene av en organisasjon involverer seg i det som skjer i organisasjonen, og deltar i de ulike beslutningsprosessene, desto større vil effektiviteten være. Stor grad av involvering skaper en følelse av eierskap som gjør at medlemmene tar ansvar for det som skjer i organisasjonen (Bang, 2011). Viktigheten av mentale modeller understrekes i Senges (1990) disipliner, og

dette kan utvikles i blant annet refleksjonsgrupper hvor organisasjonens eksisterende verdier kommer til overflaten.

En lærende organisasjon innebærer ofte endringer i organisasjonen. Før man vurderer å endre eller justerer en organisasjonskultur, må man først danne seg et bilde av hva som kjennetegner den nåværende kulturen. Dersom man erkjenner et behov for endring av en eller flere verdier i organisasjonen, kan det tas utgangspunkt i en modell som benyttes ved endringsprosesser. Modellen heter kraftfelt-modellen og baserer seg på dynamikken mellom motsatte krefter. De som driver forandring, og de som motsetter seg forandring. Endringsforetak i organisasjoner vil da enten bestå i å forsterke endringskreftene eller å svekke motstandskreftene, eller begge deler.

En endringsprosess kan beskrives i tre faser: opptiningsfasen, endringsfase og konsolideringsfasen. I opptiningsfasen vil folk sette spørsmåltegn ved det vante og erkjenne behovet for forandringer eller atferdsendringer. I endringsfasen definerer, velger og prøver man ut nye løsninger ved å gjøre nye ting, eller gjøre det vante og kjente på nye måter. I konsolideringsfasen blir det nye bygd inn i relativt stabile strukturer, prosedyrer og samhandlingsmønstre. En viktig forutsetning er at man går gjennom de tre fasene i riktig rekkefølge. Å gå rett inn i endring uten først å ha vært gjennom opptining, vil sannsynligvis møte motstand eller passivitet (Kaufmann & Kaufmann, 2012; Lewin, 1951 i Bang, 2011).

Avdelingslederen skal først og fremst fremstå som en nødvendig tilrettelegger og veileder for at organisasjonen skal utvikle en sterk læringskultur, og hun må ha nødvendig fokus på læring og kunnskapsutvikling (Filstad, 2012).

2.3.2 Ledelse

I denne studien er avdelingslederens rolle et viktig fokus, og det gis derfor en beskrivelse av ledelsesbegrepet og lederrollen.

Avdelingsledere i sykehjem har det faglige, administrative og økonomiske ansvaret for sin avdeling. De kan være ledere for 30 – 50 ansatte. Til sammenlikning er ledertettheten fire ganger høyere i skoleverket, enn i helsevesenet (St.meld. 29 (2013)). Avdelingslederne er ledere både for profesjonelle utøvere, som sykepleiere og vernepleiere, og for faggrupper som

hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere, men en tredjedel av dem som arbeider i sykehjem er ufaglærte (Amble, 2013). Å håndtere et slikt ansvar krever godt lederskap.

Ledelse oppfattes i dag som et komplisert fenomen og hittil er det ikke blitt utviklet noe enhetlig og veletablert paradigme i ledelsesforskning (Busch, 2012). Undersøkelser viser at nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er avgjørende for arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Å styrke lederfunksjonene i helsesektoren skal derfor være en sentral oppgave (St. meld. nr. 25, 2005-2006).

«Ledelse er enkelt sagt å lede virksomheten etter de målene som er satt, og innenfor de rammene som er gitt. Helsetjenesten har en komplisert målstruktur og krevende rammebetingelser. I tillegg får helsetjenesten stor oppmerksomhet politisk i mediene og i befolkningen. Dette gjør at ledelse i helsetjenesten er krevende.» (St.meld. nr.16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) s.119)

Lederen har en viktig rolle i en organisasjon. De skal fremstå som et viktig symbol for organisasjonen og være rollemodell, formidler og opprettholder av kulturen. En sentral oppgave for lederen består i å motivere til innsats og sørge for at arbeidet blir samordnet, organisert og utført på en slik måte at avdelingen når sine målsettinger. Lederen må evne å formidle den bærende visjonen om den fremtidige ønsketilstanden for organisasjonen, og formidle det på måter som skaper motivasjon og entusiasme for å arbeide mot de overordnede mål. (Kaufmann & Kaufmann, 2012; Morgendagens omsorg, St.meld. nr. 29 2013).

Det finnes ingen lederstil som er ideell i alle situasjoner. Lederen må være i stand til å diagnostisere medarbeideres kompetanse.

«God ledelse er situasjonsbestemt. Jo dyktigere en leder er til å tilpasse sin lederstil til sine medarbeideres kompetanse og situasjon for øvrig, jo mer effektivt vil han eller hun nå sine egen og organisasjonenes mål.» (Berg, 2002 s. 121)

Ledere skal også bidra til at medarbeidernes kompetanse, ferdigheter og engasjement utvikles, for eksempel ved å gi de nye oppgaver, og nye utfordringer (Berg, 2002). Jeg vil i det videre utdype to retninger innen ledelse: verdibasert ledelse og endringsledelse. Verdibasert ledelse har etter de store finansskandalene fått stor oppmerksomhet fordi det erkjennes at et verdiorientert fokus er viktig i lederskap. I helseinstitusjoner som arbeider med etisk kompetanseheving, mener jeg at verdibasert lederskap vil være et godt utgangspunkt for å

synliggjøre et verdifokus i organisasjonen. Organisasjoner som jobber med organisasjonsendringer vil ha behov for ledere som fungerer som endringsagenter. Jeg beskriver derfor hva endringsledelse innebærer, da innføring av etikkarbeid i organisasjoner, vil kreve ledere som går foran og viser vei.

Verdibasert ledelse

Verdibasert ledelse handler om at ledere må formulere og kommunisere en visjon med tilhørende verdier som er meningsbærende for organisasjonen de styrer. Ledere påvirker etiske verdier ved sin personlige atferd, så vel gjennom organisasjonenes systemer og politikk. En leder setter an en etisk tone gjennom sine handlinger. I verdibasert lederskap tenker man at leder og medarbeider skal ha de samme sterke indre verdiene og at disse blir synliggjort og håndtert av lederen. *«Etiske verdier utvikles og forsterkes først og fremst gjennom ledelse»* (Kaufmann & Kaufmann, 2011, s. 285).

Jeg velger å benytte Tor Busch sin definisjon av verdibasert ledelse, fordi han spesifikt har utdypet denne ledelsesformen med offentlig sektor som kontekst.

«Verdibasert ledelse er et målformulerende, problemløsende, språkskapende og verdiutviklende samspill, forankret i organisasjonens verdier og høye etiske standarder, som kan utøves på både individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå» (Busch, 2012, s. 95).

Tor Busch tar utgangspunkt i at ledere i helsesektoren er ledere for profesjonelle medarbeidere, og at profesjonelle medarbeidere i stor grad utøver selvledelse. Han har ut fra det valgt et prosessorientert syn på ledelse. I det ligger det at ansatte i større eller mindre grad deltar i ledelsesprosessen uansett hvilken rolle de har i organisasjonens hierarki. Han mener at i organisasjoner hvor medarbeidere har stor frihet i arbeidsutførelsen, er dette synet på ledelse relevant. Ledelse vokser fram gjennom aktiv deltagelse og myndiggjøring. Ledelsesprosessen blir fordelt mellom personer i gruppen ved at noen beslutninger tas i fellesskap, mens andre tas av enkeltmedlemmer. Busch baserer sin definisjon av verdibasert ledelse på en skandinavisk ledelsesteori av Erik Johnsen som definerer ledelse som *«et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom relevante personer»* (Busch, 2012, s. 89),

Ledelse som et målformulerende samspill innebærer at ledelse er rettet mot utvikling av mål. Målene utvikles gjennom forhandlinger og fortolkninger, og skapes gjennom både konflikt og enighet i gruppen. Målene deles inn i tre hovedgrupper som er driftsmål, tilpasningsmål og utviklingsmål. Driftsmål omhandler fokus på den daglige driften. Tilpasningsmål omhandler at ledere må forholde seg til endringer og nye krav, og finne nye løsninger. Utviklingsmål omhandler at en organisasjon kontinuerlig må utvikles, for å klare å takle framtidige utfordringer.

Målformulerende og problemløsende prosesser kan foregå samtidig. Målene justeres og prioriteres samtidig som man ser etter tiltak for å oppnå målene. Ledelse som en språkutviklende prosess innebærer at språket har betydning for at medarbeidere med ulike profesjoner skal kunne forstå hverandre. Ledelse er rettet mot ansatte med forskjellig forståelsesramme og virkelighetsoppfatning som da kan tolke de samme hendelsene på ulik måte (Busch, 2012). Dersom ledelsen ønsker å skape ny mening eller en ny måte å se virkeligheten på, må lederen prøve å bidra til at ansatte refortolker tidligere hendelser.

«I dagens samfunn er det viktigere å lede sammen med andre enn gjennom andre» (Busch, 2002, s. 90). Ut fra dette synet på ledelse, er det mange ansatte i en organisasjon som nå og da utøver ledelse. Hvis alle disse situasjonene summeres får man fram den samlede ledelse som foregår i den gitte organisasjonen. De formelle lederne har ansvaret for at ledelsesprosessen fungerer på en tilfredsstillende måte i organisasjonen (Busch, 2012). Leder må også ha evne til å uttrykke en verdibasert visjon, som kan skape et engasjement for etiske verdier hos de ansatte. Lederen må selv dele verdien som er i organisasjonen. Verdibasert ledelse bør minst ha følgende kjennetegn:

1. Den som utøver ledelse, må ha personlige verdier som er i samsvar med verdiene i organisasjonen
2. Den som utøver ledelse, må ha en høy etisk standard
3. Den som utøver ledelse, må være tro mot sine verdier. (Busch, 2012, s. 94)

Verdibasert ledelse utøves på alle nivå i organisasjonen. På individnivå blir det utøvd verdibasert selvledelse hvor medarbeideren må knytte sin jobbatferd til verdier og utøve bevisst selvkontroll. Dette er spesielt viktig i profesjonelle yrker hvor medarbeideren har stort handlingsrom. På gruppenivå blir teamledelse utøvd i tette sosiale samspill, og også her må de verdimesige sidene ligge til grunn. På organisasjonsnivå er målet å skape nye virkelighetsbilder, nye visjoner og sterkere fellesskapsfølelse. *«Verdibasert ledelse må ha som siktemål å utvikle en etisk kultur i organisasjonen.»* (Busch, 2012, s. 96).

Endringsledelse

Ledelse er avgjørende for å skape en innovasjonskultur i omsorgstjenestene, og det er et lederansvar å tilrettelegge for å ha nødvendig fokus på læring i en organisasjon. Ved endringsprosesser er det nødvendig med visjoner som kan skape engasjement hos de ansatte, og ledere må derfor evne å artikulere visjonene. Lederskap innebærer å gå foran, lede an, vise vei, og det er særlig viktig i endringsfaser (St. meld. 29, 2013). For å nå fram med sine interesser må lederen også øve innflytelse. Det innebærer å få til endring i en annen parts atferd, og oppnå endring i verdier, holdninger og handlinger. Innflytelse kan være rettet mot enkeltindivider, grupper og sosiale systemer (Kaufmann & Kaufmann, 2012). Lederen må se på medarbeiderne som kunnskapsmedarbeidere, og våge å gi dem ansvar for egen arbeidssituasjon og kunnskapsutvikling. Det forutsetter en lederstil som har fokus på rollen som tilrettelegger og veileder. Først ved å gi ansvar til den enkelte medarbeider blir læring og kunnskapsutvikling dynamisk (Filstad, 2012).

«Uten ledelse vil ikke grupper kunne tilpasse seg skiftende miljøbetingelser» Schein, 2010, s. 270). Ledere påvirker kulturen blant annet gjennom:

- Hva de retter oppmerksomheten mot, eller ikke vier oppmerksomhet
- Hvordan de reagerer på kritiske hendelser og løser konflikter. Det vil være med å skape normer, verdier og arbeidsprosedyrer som nedfelles i avdelingskulturen
- Hvordan de fordeler ressurser
- Hvordan deres synlige atferd i organisasjonen er, hvordan de kommuniserer med kolleger og fremstår som rollemodell
- Hvordan belønning fordeles, og hvordan ansatte forfremmes og rekrutteres (Schein, 2010, s.191).

En verdi kan få økt betydning ved å synliggjøre den sterkere i organisasjonen, og en leder kan bevisst forsterke fokuset om etisk kompetanseheving ved å gi dette mer oppmerksomhet. Det kan være vanskelig for en leder å få endret negative holdninger, men hun må prøve å vise i praksis at visse holdninger og handlinger er dysfunksjonelle ved at de både går utover kvaliteten på behandling og pleie, og ved at negative arbeidskultur kan gå utover arbeidsmiljø og motivasjonene til de ansatte. Som et alternativ kan hun presentere positive tankemønstre, ved bevisst å holde et positivt fokus (Busch, 2012).

Endringer kan medføre uro og angst i en personalgruppe, og dette vil ledere fange opp. Det kan være at lederen ikke har løsningen, men hun må sørge for midlertidig stabilitet og følelsesmessig trygghet mens man arbeider med løsningen. Å være leder er å skulle lage orden i kaos. Jo mer oppmerksomme ledere er på denne prosessen, jo mer konsekvent og effektivt kan de få den gjennomført (Schein, 2010).

2.4 Aktuell og relevant forskning

En gjennomgang av publiserte, empiriske studier viser mange studier som beskriver etiske utfordringer i sykehjem, og behovet for økt kompetanse for å håndtere disse. Da jeg påbegynte denne studien var det få publiserte studier som evaluerte erfaringer med etiske refleksjonsgrupper, men de siste årene er det kommet noen studier om dette.

I dette kapitlet gjennomgår jeg først noen studier som berettiger satsingen på etisk kompetanseheving, og etisk støtte for ansatte i sykehjems, før jeg viser til studier som har evaluert etiske refleksjonsgrupper i sykehjem og kommunehelsetjenesten.

2.4.1 Studier om etiske utfordringer i sykehjem

Å jobbe innen eldreomsorg stiller store krav til personalets ferdigheter, og det er en utfordring å opprettholde god omsorg (Lidman, Nordberg, Persson, Strandberg, 2012). Flere studier viser at helsepersonell konfronteres med omfattende og varierte utfordringer i arbeidshverdagen, som de opplever belastende. En sammenfatning av studiene viser at de mest sentrale etiske utfordringene oppstår ved ressursmangel, prioriteringsproblemer, etiske utfordringer ved livets slutt, kommunikasjonsutfordringer med pasienter og pårørende, mangelfull faglig kompetanse, bruk av tvang overfor pasienter og ulike syn på hva som er god omsorg (Bollig, Førde, Pedersen, 2009; Amble 2013; Jacobsen & Sørli, 2010; van der Dam, Abma, Kardol, Widdershoven, 2012; Lillemoen & Pedersen, 2012). Å håndtere lavbemannede skift eller skift med ukjente pleiere blir opplevd som krevende, og redselen for å feile var typisk for disse situasjonene. Ansvar for døende, kunne sitte i kroppen i en eller to uker (Amble, 2013). Å finne den ideelle balansen mellom autonomi og verdighet for eldre, ble opplevd som et daglig problem for personalet i sykehjem (Jakobsen & Sørli, 2010).

Omsorgskulturen i en organisasjon blir opprettholdt av organisasjonens struktur, rutiner og lederskap. Personalets etiske kompetanse handler ikke bare om de ansattes individuelle

kompetanse, men henger også sammen med strukturene i organisasjonen, og hva som tillates og ikke tillates på den enkelte arbeidsplass (Bolmsjø, Edberg, Sandman 2006). I en studie framkom det at det var mer bruk av tvang i helgende enn ellers i uken, noe som ble satt i sammenheng med midlertidig og uerfarent personale. Personalets muligheter til å bruke alternative strategier for å unngå tvang avhenger i stor grad av sykehjemmets ressurser, organisering, bemanning og kompetanse (Gjerberg et al. 2013).

En studie viste at 82 % av deltakerne daglig eller ukentlig opplevde etiske utfordringer på sin arbeidsplass i kommunehelsetjenesten, og at dette ble opplevd belastende (Lillemoen & Pedersen, 2012). En annen studie påpeker at ytre faktorer som arbeidsforhold, arbeidskultur, tidsnød og for lite ressurser, kan medføre at personalet ikke blir i stand til å identifisere etiske utfordringer. Studien konkluderer med at helsepersonell ikke er uetiske personer, men at deres praksis i mange sammenhenger er uetiske (Solum, Slettebø, Hauge, 2008).

Konsekvenser av ubehandlede etiske problemer for pasienter og helsepersonell

For helsepersonell i eldreomsorgen kan etisk vanskelige situasjoner skape frustrasjon og stress i deres daglige arbeidsliv (Jacobsen & Sørli, 2010). Flere studier viser at moralsk stress kan inntreffe når man vet hva som er rett å gjøre, men er forhindret fra å gjøre det på grunn av eksterne faktorer. Moralsk stress gir en følelse av frustrasjon, sinne og skyld, og påvirker både privatlivet og yrkeslivet (Bolmsjø et al. 2006 b; de Veer, Francke, Struijs, Willems, 2013). Å handle mot egne verdier kan innebære å handle mot sin samvittighet, og gi emosjonell utmattelse (Lidman et al. 2012). En nederlandsk studie viste at sykepleiere i sykehjem har den høyeste grad av moralsk stress, målt blant sykepleiere i hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem (de Veer et al. 2013), og personalet kan føle frykt og engstelse ved utagerende demente beboere (Rognstad & Nåden, 2011).

Sykepleiere strevde for å finne løsninger som var best for pasientens velvære viser en studie, og etisk dilemma medførte en følelse av ubehag for sykepleierne. Følelser er en vesentlige når etiske dilemmaer skal defineres (Slettebø, Haugen, Bunch, 2002).

Verdens helseorganisasjon har opprettholdelse av pasienters verdighet som et viktig mål, og en undersøkelse i 41 land viste at de fleste medlemmer valgte verdighet som det nest mest viktige domene, etter «prompt attention in care» (Lin, Watson, Tsai, 2010). Allikevel viser det

seg at det i flere situasjoner kan være vanskelig å yte en verdig omsorg i praksis. En studie viser at pasientenes ønsker ikke ble hørt, og at de ikke hadde medbestemmelse på handlinger som angikk dem selv. Selv om mange i personalgruppen var kjent med verdien respekt, ble dette ikke vist i omsorgsgivernes opptreden, og etiske utfordringer ble heller ikke løst i henhold til profesjonenes etiske kodeks. Studien antar at dette reflekterer en kultur som er utviklet over tid, (Solum, Slettebø, Hauge, 2008). Hvis de etiske utfordringene ikke blir behandlet på en ordentlig måte, kan utfordringen få negative effekter på kvaliteten av pleien, og være en kilde til negativt stress for pasienter, pårørende og personalet (Gjerberg et al, 2010).

Studier som indikerer behov for økt kompetanse

En rekke studier dokumenterer behovet for økt etisk kompetanse for helsepersonell i sykehjem.

Opplevelsen av at etiske problemer og håndteringen av disse overlates til den enkelte eller til uformelle diskusjoner blant kolleger er en ikke uvanlig del av den daglige praksisen i primærhelsetjenesten. Både ansatte og ledere tilkjenner et behov for å utvikle sin etiske kompetanse (Lillemoen & Pedersen 2012). Sykepleiere i sykehjem baserer sine løsninger på sine tidligere erfaringer med liknende pasienter eller likende situasjoner for å løse etisk vanskelige situasjoner. De viser en mangel på løsningsstrategier når etisk vanskelige omsorgssituasjoner skal løses (Slettebø & Bunch, 2004).

Et viktig funn i en studie var at mange respondenter ikke erfarte noen etiske problemer i forbindelse med sin jobb. For å identifisere etiske problemer kreves moralsk sensitivitet, en sensitivitet som studiens funn viser er mangelfullt tilstede (Gjerberg et al. 2010). Det kan også være situasjoner hvor helsepersonell ikke vet hvilke verdier som skal prioriteres når etiske problemer oppstår. Det anbefales en etisk diskurs i den daglige dialogen i sykehjem for å stimulere og øke den moralske bevisstheten til personalet (Solum, Slettebø, Hauge, 2008). Også en annen studie tar opp viktigheten av å bygge opp etisk kompetanse innad i en organisasjon for å håndtere etiske utfordringer, både fordi eksterne støttepersoner ikke er tilgjengelige til enhver tid og fordi beslutninger ofte må fattes raskt. Denne studien anbefaler en fem-trinns refleksjonsmodell, som forfatteren mener vil bidra til bedre omsorg for pasientene (Flemming, 2007).

Studier som dokumenterer behov for møteplasser

Svært mange studier konkluderer med at det er et behov for møteplasser for drøfting av vanskelige etiske situasjoner (Lillemoen & Pedersen, 2012; van der Dam et al. 2012; Rognstad & Nåden, 2011; Bollig et al., 2009; Gjerberg et al., 2010). Personalet opplevde det vanskelig å snakke til kolleger om smertefulle situasjoner, eller opponere mot kolleger. Det ga dem en følelse av maktesløshet, og noen følte at andre kontrollerte deres handlinger, og at det er vanskelig å opponere mot dem. Det var ønske om mer åpenhet i arbeidskulturen (Jacobsen, Sørli 2010).

Det er en økende internasjonal oppmerksomhet på at det er nødvendig å prioritere læring og faglig utvikling innenfor eldreomsorgen, og at slik prioritering vil bidra til styrket kvalitet på pleien. Kostnadskutt, sektorens negative image, underbemanning, og høy arbeidsbelastning medfører en høy byrde for eldreomsorgen (Dauwerce, van der Dam, Abma, 2011). I en annen studie konkluderer forfatterne med at det er lite utviklet i sykehjem med systematisk etikkarbeid, og det anbefales som et tiltak å bedre håndteringen av etisk vanskelige situasjoner og slik høyne kvaliteten på tjenesteutøvelsen (Bollig, Pedersen, Førde, 2009).

Flere studier konkluderer med at personalgrupper i sykehjem ønsker å øke sin etiske kompetanse, ha møteplasser og mer tid til etisk refleksjon sammen med kolleger (Lillemoen & Pedersen, 2012; Gjerberg et. al., 2010; Rognstad & Nåden, 2011). I en studie hvor personalet følte engstelse overfor urolig, demente konkluderes det med at kunnskap relatert til etiske temaer og regelmessige samtaler med personalgruppen vil kunne klargjøre og løse etiske dilemmaer som oppstår i arbeidssituasjonen (Rognstad, Nåden, 2011). Det må startes med utviklingen av et klima og kultur for åpenhet, dialog og etisk støtte for å forbedre kvaliteten i eldreomsorgs-institusjoner (Dauwerce, van der Dam, Abma, 2011).

Oppmerksomhet på etikk i praksis vil ha en positiv innvirkning på ansattes omsorgsutøvelse, og å tilrettelegge for dette i avdelingen krever støtte fra ledere og administratorer (Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto, Charalambous, 2013).

2.4.2 Evalueringsstudier av etiske refleksjonsgrupper

En nederlandsk studie evaluerte implementeringsprosessen med Moral Case Deliberation (MCD) ved to sykehjem. Å jobbe med case på en systematisk måte ble opplevd som hardt arbeid, men som viktig å prioritere på grunn av lav grad av moralsk bevissthet i sykehjem, i følge forfatterne. Ytre faktorer som arbeidsmiljø, tidsnød, og manglende ressurser er faktorer som påvirker muligheten til å gjenkjenne og identifisere etiske utfordringer. Fasilitator fungerte som endringsagent. Deltakerne innså at de måtte lytte til hverandre, og det medførte at de også forsto hverandres syn bedre. Det ga en åpen holdning, et bedre arbeidsklima, og medførte større interesse for kollegers syn på saker. Det resulterte også i mindre moralsk stress, og fikk positiv betydning for kvaliteten av omsorgen. MCD bidro til moralsk kompetanse, i form av evne til å lytte til hverandre og gi uttrykk for egne synspunkt. Prosessen opplevdes som motiverende og lærerik. Det ble poengtert at det må settes av tid til å håndtere motstand (Dam, Schols, Kardol, Molewijk, Widdershoven, Abma, 2013).

I en studie vises det til en modell for analyse av hverdagsetiske problemer innen demensomsorg, kalt theleological modell. Modellen ble vurdert som egnet for analyse av sykepleieres hverdagslige etiske dilemma. Bruk av modellen kan redusere sykepleieres moralske stress ved å gi dem gode argumenter for hvordan de skal handle. Forfatterne konkluderer med at det er behov for å resonere på en strukturert måte, og at en etisk modell kan være et anvendelig verktøy for det (Bolmsjø, 2006 b).

I en norsk studie ble det innført et lavterskel-læringssystem hvor personalet i sykehjem reflekterte både «in action» og «on action». Studien konkluderer med at deltakerne forbedret sin evne til å håndtere vanskelige situasjoner og dilemma, og at tiltaket hadde en positiv effekt på ansattes arbeidsmiljø. For 96 % hadde refleksjon i stor grad endret personalets opptreden i krevende situasjoner, gitt dem en bedre forståelse av arbeidsepisoder, og ført til økt støtte fra kolleger (Amble, 2013).

I en norsk studie belyses effekten av refleksjon som verktøy for kompetanseheving i et bofellesskap for voksne personer med utviklingshemming. Det konkluderes at refleksjon etter hvert ble noe som preget det daglige arbeidet der faglig-etiske problemstillinger jevnlig ble drøftet og diskutert. Det fremkom en ny åpenhet for ny innsikt og nye handlingsalternativer. Erfaringene tydet på at refleksjon kan være et verktøy for å øke kompetansen i en personalgruppe. Personalet syntes det var utfordrende med refleksjonsgrupper i begynnelsen,

men trygghetsfaktorer var forutsigbarhet, struktur, faste møter og en veileder som ledet refleksjonen. Engasjement var en viktig forutsetning, og gevinsten av å delta i refleksjonsgruppen var økt selvtillit, trygghet til å snakke høyt i en gruppe, og mulighet til å ”tømme” seg. Samtlige reflekterer mer i hverdagen nå enn tidligere (Høyum, Bjerke, Jensen, Westli, Antonsen, 2011).

En ny, norsk evaluering av etiske refleksjonsgrupper viser at den vanligste formen for refleksjon i denne studien var etisk refleksjon i fem minutter om morgenen, og hvor leder var ansvarlig for organiseringen. To typer refleksjonsmetoder ble anvendt; trafikklys og «fishbowl-method». Mangel på tid var et hinder for refleksjon. Tre faktorer som medførte større utbytte av etisk refleksjon var: høyere alder på personalet, høyere stillingsprosent og lengre erfaring med etisk refleksjon. Forfatterne peker på at et støttende miljø som prioriterer deltagelse i refleksjonsmøter er avgjørende for å lykkes. Det konkluderes med at det er essensielt med en som leder refleksjonen, og klarer å styre diskusjonen. Deltagelse i refleksjonsgrupper endret deltakernes oppmerksomhet rundt etiske spørsmål, ga økt bevissthet rundt etiske dilemmaer samt bidro til at deltakeren ble mer kritiske til egen praksis. Det ga økt forståelse og respekt for andres meninger, og medførte bedre opptreden overfor pasienter, og pårørende. Halvparten sa at det ble gitt ble mer individualisert omsorg. Refleksjon ble viktig for relasjonene personalet i mellom. De forsto kolleger bedre, tok bedre vare på hverandre, viste mer respekt for hverandre og turte å si sine meninger. Lederen har en nøkkelrolle i å lede refleksjoner, administrere og oppmuntre personalet til å fortsette med refleksjon. Lederen må bidra til at etiske refleksjoner blir en naturlig del av helsepersonells praksis, samt tilrettelegge for at de kan få delta (Søderhamn, Jøstvedt, Slettebø, 2014).

En nederlandsk studie viste at ledere som fokuserer på mennesker og relasjoner oppnår høy jobbtilfredshet blant sine medarbeidere (de Veer, Francke, Struijs, Willems, 2013).

En studie omhandlet implementering av refleksjonsgrupper og opplæring av fasilitatorer i sykehjem. Resultatene pekte i retning av at forankring i ledelsen, støtte og oppfølging fra ledelsen er viktig for at fasilitatorer skal ønske å fortsette i denne rollen. Å være fasilitator opplevdes lærerikt, men utfordrende og personlig og faglig trygghet samt evne til å stille spørsmål var viktig. Dobbelrollen som medlem av pleieteamet og leder for refleksjoner kunne være vanskelig, særlig dersom de hadde en lavere plassering i faghierarkiet. Forfatterne peker på at refleksjoner over egen praksis kan bidra til endring av praksis. Det kan være positivt for arbeidsmiljøet ved at det bidrar til utviklingen av kunnskap og gir mulighet til å

lære av hverandre. Fasilitator har behov for trening, oppfølging og tilførsel av kompetanse for å bevare motivasjonen (Gjerberg & Amble, 2011).

Resultater fra en studie om lærende organisasjon i pleie- og omsorgssektoren viste at erfaringer som til dels hadde vært «tause» nå ble løftet fram i fellesskapet. Systematisk refleksjon bidro til gjensidig læring, ansvarliggjøring og utvikling av nye handlingsstrategier og endret atferd. Refleksjonen bidro til fagliggjøring av jobben, kanskje spesielt blant de med minst kompetanse og erfaring. Gitt visse rammebetingelser synes en kombinasjon av individuell og kollektiv refleksjon å bidra til organisatorisk læring og økt mestring. Forfatterne peker på at 2 timer refleksjon hver 14 dag styrket ansattes mestring og faglige selvfølelse. Organisatorisk forankring, både på topp og i bunn, framheves som viktig. Ledelsen er sentral og må informeres og aktivt støtte en slik satsing, blant annet ved å sikre de nødvendige rammebetingelser og legitimitet i organisasjonen (Gjerberg & Amble 2009).

En norsk fagartikkel beskriver hvordan innføring av refleksjonskort i sykehjemsavdelinger førte til mer refleksjon blant sykehjems-personalet, og ga økt bevissthet på bruk av tillitsskapende tiltak for å begrense bruk av tvang. Kortene fungerte som «starter» for diskusjon og refleksjon. 80 % av deltakerne sa at de i stor grad eller ganske stor grad hadde blitt mer bevisst på bruken av tillitsskapende arbeid, og 78 % at de var blitt mer bevisst egne handlinger overfor pasientene. Etter å ha brukt refleksjonskort i 10 minutter annen hver dag over en 3- måneders periode stilte de seg i større grad spørrende til hvor nødvendig en del handlinger var. Forfatterne anbefaler etablering av møteplasser for faglige diskusjoner (Østenvik, Nilsen, Brynhildsen, 2013).

En nylig publisert review-studie gjennomgikk forskningslitteratur som er publisert om etisk support innen institusjonell eldreomsorg de siste 30 årene. De fant 32 publikasjoner, hvorav 24 omhandlet klinisk etikk komite` og liknende etiske grupper. Klinisk etikk komite` er blitt mer utbredt, og gir assistanse i problemløsningsprosesser, utdanner helsepersonell, utvikler retningslinjer, samt har en veilederrolle. Forskerne fant omtalt 12 ulike rammeverk som brukes for å løse etiske problemer i eldreomsorg. Opplæringsprogram for sammensatte personalgrupper er bedre egnet for å utvikle et etisk klima i organisasjonen enn å gi individuell veiledning. Å bli en del av en større prosess hvor også ledelsen støtter dette, gjør det mer sannsynlig at personalet endrer sine holdninger og sin opptreden (Dam, Molewijk, Widderhoven, Abma, 2014).

En oppsummering av disse evalueringsstudiene er at lederen har en viktig rolle i tilrettelegging og oppfølging av systematisk etikkarbeid. Etikkarbeid har den effekten på personalet at de blir mer bevisste, får en forbedret opptreden, kommunikasjonen mellom kolleger bedres, og noen av studiene viser at kvaliteten på omsorgen bedres. Etikkveilederrollen er viktig, men kan oppleves utfordrende.

3 METODE OG GJENNOMFØRING

I dette kapittelet gis det først en beskrivelse av framgangsmåten for litteratursøket jeg har gjennomført, deretter begrunner jeg mine metodiske valg. Jeg redegjør også for utvalg og rekruttering av informanter. Videre beskriver jeg gjennomføringen av intervjuene, på hvilken måte analyse av datamaterialet har foregått og forskningsetiske vurderinger i forhold til hele prosessen. Kapitlet inneholder også min vurdering av studiens pålitelighet og gyldighet. Kapittelet avsluttes med en metodekritikk hvor jeg vurderer styrker og svakheter ved mine metodevalg.

Kravet om transparens er et viktig prinsipp i all forskning, og derfor forsøker jeg på en grundig måte å beskrive alle stegene jeg har gjort i forskningsprosessen. I kapittel 1 og 2 har jeg vist åpenhet om mitt ståsted og mine perspektiver i forskerrollen for at leser skal kunne vurdere verdien av kunnskapen som fremkommer i studien.

3.1 Systematisk litteratursøk

Et systematisk litteratursøk av empirisk forskning vedrørende etikkarbeid i sykehjem ble gjort i databasene Ovid Medline, Swemed, og Cinahl. Litteraturgjennomgangen ble foretatt i 3 ulike perioder, høsten 2012, juni 2013, og mars - juni 2014.

Søkeord som ble benyttet var: Nursing homes, homes for aged, residential facilities, elderly care, moral attitude, moral development, ethics reflection, moral case deliberation, decision making, ethics support, organizational culture, leadership, emotion work, clinical og professional competence, caregivers, personnel og staff, i ulike kombinasjoner.

Søkeordene innenfor hver gruppe ble først kombinert med “OR”, men for å avgrense søket ble søkeordene og kombinasjoner av søkeord kombinert med “AND”. Det ble satt en språklig begrensning til engelskspråklig og nordisk forskningslitteratur, samt at forskningen skulle være publisert i løpet av de siste 10 årene. Databasesøkene ga 292 treff på Ovid Medline, 83 treff på Swemed og 143 treff på Cinahl.

Utvelgelsesprosessen videre ble gjort som vist i tabell 1 hvor abstrakt av relevante artikler ble lest, og for aktuelle artikler ble hele artikkelen lest. 48 artikler ble lest i fulltekst. 28 artikler

vurderte jeg som direkte relevante for min studie (se tabell 1). Noen artikler har jeg også lest i andre sammenhenger. Jeg har i tillegg lest artikler og hefter som ikke har forskningsmessige kvaliteter, men som har vært opplysende om temaet «Systematisk etikkarbeid» og «Etisk refleksjonsarbeid». Eksempler på slike er artikler publisert i fagtidsskrifter som «Sykepleien», håndbøker om etikkarbeid samt nettbasert informasjon, eksempelvis fra KS. I tillegg har fagbøker har også dannet noe av grunnlaget for studiens teoretiske ramme.

Artiklene ble valgt etter følgende kriterier: Artikler som omhandlet:

- Erfaring med etiske refleksjonsgrupper og etisk støtte i primærhelsetjenesten, og rollen til lederen i den sammenheng
- Kompetanseutvikling, utvikling av moralsk/etisk kompetanse og organisasjonslæring i pleie - og omsorgssektoren
- Etiske utfordringer og dilemmasituasjoner i primærhelsetjenesten (som bakgrunnsopplysninger)

Tabell 1

Kunnskapssøk gjennomført (i tidsperioden mars – juni 2014)

Søkeordene er kombinert med OR eller AND i ulike kombinasjoner

Ovid Medline:

Søkeord: Residential facilities*; primary health care, nursing home*, morals, moral development, , ethics, decision making, learning, problemsolving, staff development, organizational culture, leadership, nurse administrator, reflection, deliberation, emotion work, clinical competence, competence.

Swemed

Søkeord: Residential facilities, primary health care, morals, ethics, reflection

Cinahl

Søkeord: Nursing homes+ «morals», ethic*, “ support groups” ,group process, reflection*, deliberation, learning+, nursing skills, clinical competence, professional competence, support, learning, leadership, decision making, ethical, nurse administrators+, personell, staff, facilitate, headnurse or leader or administrative.

Totalt antall treff: Ovid Medline: 292 Swemed: 83 Cinahl: 143 Sykepleien, Google Scholar, Bibsys Ask, Sykepleien.no.	Irrelevante treff: Totalt Antall Ovid Medline: 198 irrelevante titler Swemed: 64 irrelevante titler Cinahl: 99 irrelevante titler
--	---

Vurdering av abstract Ovid Medline: 94 treff til vurdering Swemed: 19 treff til vurdering Cinahl: 45 treff til vurdering	Irrelevante treff: Antall Ovid Medline: 65 uaktuelle Swe-med: 16 uaktuelle Cinahl: 17 uaktuelle, og har 13 fra tidligere
--	--

Lest i fulltekst og til vurdering: 48 artikler Ovid Medline: 29 artikler til gjennomlesing, Swemed: 3 artikler til gjennomlesing Cinahl: 15 artikler til gjennomlesing Leste artikler i Forskning, Sykepleien og artikler jeg hadde fra tidligere. Totalt 28 artikler relevante i denne studien	Ekskludert Ovid Medline: 14 ekskludert Swemed: 0 ekskludert Cinahl: 10 ekskludert
--	---

Inkludert i studien:

1. Refleksjon som verktøy for kompetanseheving blant ansatte i bofelleskap for voksne utviklingshemmede
2. Etikk i sykehjem og hjemmetjenester»
3. The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing. Moral case deliberation in Dutch elderly care
4. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care
5. Here`s my dilemma
6. Ethical decision-making in nursing homes
7. Authonomy in the end of life-prolonging treatment
8. Prevention of unethical actions in nursing homes
9. Everyday ethical problems in dementia care, a teleological model
10. Sykepleieren som moralsk aktør
11. Ethical challenges in provision of end of life
12. Reflection in action with careworkers
13. Dignity in care in the clinical setting
14. Determants of moral distress in daily nursing practice
15. Solving ethically difficult caresituations in nursing homes
16. Dignity of older people in nursing home
17. Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon
18. Evaluation of ethical reflection in community healthcare.
19. Etikk i praksis
20. Train the trainer
21. Morality in the mundane
22. Healthcare personnel`s experiences of situations in municipal elderly care that troubled conscience
23. Time ethics for persons with dementia in care homes
24. Responding to ethical dilemma in nursing homes
25. How to avoid and prevent coercion
26. Utfordringer og kompetanse i eldreomsorg
27. The assiosiation among the ethical climate
28. Ethics support in institutional elderly care: a review of the litterature

3.2 Metodevalg

Hensikten med denne studien er å få frem avdelingslederens erfaringer og vurderinger av systematisk etikkarbeid i sykehjem, samt deres refleksjoner om egen funksjon i etikkarbeidet.

Kvalitative intervju er velegnet når jeg som forsker har til hensikt å identifisere deltakernes erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. I intervjusituasjonene gis jeg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, be om utdyping og kontrollere at jeg som intervjuer har forstått det intervjupersonen sier. Intervjuet gjør det mulig å få fram nyanser i intervjupersonens erfaringer (Malterud, 2004).

«Den kvalitative orienteringen innebærer at oppmerksomheten rettes mot de kulturelle, dagligdagse og situerte aspektene ved menneskelig tenkning, læring, viten, handling og vår måte å forstå oss selv som personer» (Kvale, 2009, s. 31).

Med dette som utgangspunkt valgte jeg å benytte kvalitative intervju som metode for min data innsamling, og det ble foretatt semistrukturerte, individuelle dybdeintervju av avdelingsledere i sykehjemsavdelinger.

3.3 Utvalg

Utvalget av respondenter ble gjort med henblikk på å belyse problemstillingen på best mulig måte. Dybdeintervju av syv avdelingsledere, fra fire sykehjem i fire kommuner mente jeg både ville gi nok bredde og dybde for å besvare forskningsspørsmålene.

Litteraturgjennomgang og tilbakemeldinger fra erfaringskonferanser i etikkarbeid indikerer at avdelingslederrollen er viktig i dette arbeidet. Det styrket min beslutning om å bruke avdelingsledere som intervjupersoner. Sykepleiere og hjelpepleieres erfaring med etikkarbeid var også et viktig tema for min interesse, men jeg mente at avdelingsledere med sin kjennskap til personalgruppen hun leder, ville kunne formidle noen av personalets opplevelser og tilbakemeldinger. Avdelingsledere har både personalansvar og det overordnede faglige ansvaret, og ut fra det er det naturlig å forvente at hun er kjent med kompetansen til personalet hun leder, og får tilbakemeldinger fra dem, og om dem.

Utvalget er også gjort fordi ledere har betydning for hvilke satsingsområder og prioriteringer som gjøres i en sykehjemsavdeling, samt har stor betydning for arbeidskulturen i avdelinger.

Jeg kontaktet først en leder av det nasjonale etikkprosjektet i KS for å få vite hvilke sykehjem i østlandsregionen som jobbet systematisk med etikkarbeid, og fikk da oppgitt navnet på fem institusjoner. Selv var jeg også kjent med noen sykehjem som hadde etisk kompetanseheving som satsingsområde, og ut fra den samlede listen gjorde jeg et utvalg basert på bestemte kriterier.

Kriteriene jeg satt var:

- Sykehjemmene skal ligge i ulike kommuner på Østlandet
- Avdelingslederne skal ha minst 1 års erfaring som avdelingsleder
- Avdelingslederne skal ha minst ½ års erfaring med systematisk etikkarbeid og refleksjonsgrupper i sykehjem
- Ønskelig med både menn og kvinner representert i utvalget

I tillegg skrev jeg til institusjonene at det ikke var satt som kriterium at etikkarbeidet fortsatt pågikk. Kriteriet om at sykehjemmene skulle ligge i ulike kommuner valgte jeg fordi jeg anså det som viktig å få belyst eventuelle forskjeller og nyanser i måten å systematisere etikkarbeidet på. Jeg var kjent med at etikkarbeid kan bli praktisert noe ulikt, og jeg ønsket kontakt med avdelingsledere fra flere kommuner for å få et bredere bilde av etikksatsingen i sykehjem, og høre i hvilken grad deres erfaringer var sammenfallende. Kravene om minst et års erfaring som avdelingsleder og et halvt års erfaring med etikkarbeid, er satt fordi jeg vurderte slik erfaring som nødvendig for å kunne svare på spørsmålene jeg var opptatt av. Ledererfaring er en forutsetning for forståelsen av lederrollens ansvarsområder og funksjoner. Erfaring med etikkarbeid er en viktig forutsetning for å kunne vurdere og å evaluere betydningen av systematisk etikkarbeid.

Informantene i min studie viste seg alle å ha mange års erfaring som avdelingsledere og minst to års erfaring med systematisk etikkarbeid. Det var også et ønske om at begge kjønn var representert, men i denne studien var det bare kvinnelige informanter som var aktuelle ved de institusjonene jeg kontaktet. Det var ikke et krav at det systematiske etikkarbeidet fortsatt pågikk i avdelingene til aktuelle informanter, da jeg anså det som interessant også å få informasjon om, samt begrunnelsene for at det ikke lenger pågikk. Ingen av de avdelingslederne som sa seg villige til å delta i studien hadde sluttet med systematisk etikkarbeid i sine avdelinger, men tre avdelingsledere sa de kjente andre avdelingsledere som hadde sluttet med etikkarbeid i sine avdelinger, og dette sa de noe om under intervjuene.

Oppgavens temaområde ville ha blitt enda grundigere belyst dersom jeg også hadde fått informasjon fra ansatte om deres erfaringer med etikkarbeid, men denne studien var ikke mulig å gjøre så omfattende.

Jeg sendte elektronisk et informasjonsbrev til institusjonslederne ved de utvalgte sykehjemmene og redegjorde for studien, og dens formål, samt ba om innpass til å foreta intervjuundersøkelser av avdelingsledere i institusjonene. Jeg var heldig og fikk positiv respons allerede på den første henvendelsen ved alle de fire institusjonene. Kontaktpersonene ved sykehjemmene formidlet mailadressen til de avdelingslederne som hadde sagt seg villige til å delta i min studie. På tre av sykehjemmene fikk jeg to avdelingsledere, mens jeg på det fjerde sykehjemmet fikk en avdelingsleder som inngikk i min pilotstudie.

Fordi jeg er en uerfaren intervjuer valgte jeg å gjøre et pilotintervju med en avdelingsleder jeg kjente. I tillegg til verdifulle tilbakemeldinger om min intervjuform, fikk jeg mye interessant og relevant informasjon. Av den grunn ba jeg i ettertid om tillatelse til å inkludere dette materialet i min studie. Tillatelse ble innhentet både fra institusjonssjef og fra avdelingslederen. For oversikt over studiens deltakere, se tabell 2.

Tabell 2

Presentasjon av sykehjem	Presentasjon av deltakerne	
Sykehjem 1. 3 avdelinger, hvorav en spesialavdeling	1A Leder for en somatisk sykehjemsavdeling	1B Leder for spesialenhet
Sykehjem 2. 5 avdelinger, hvorav både spesialavdelinger og egen fagavdeling	2A Leder for en spesialenhet	2B Leder for en somatisk sykehjemsavdeling
Sykehjem 3. 5 avdelinger, hvorav både spesialavdelinger og fagavdeling	3A Leder for spesialenhet	3B Leder for en spesialenhet
Sykehjem 4. 3 somatiske sykehjemsavdelinger	4A Leder for en somatisk sykehjemsavdeling	

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Alle avdelingslederne som hadde sagt seg villige til å delta i intervjustudien, fikk tilsendt et informasjonsskriv hvor jeg beskrev tema for studien, bakgrunnen for det valgte tema, samt mine tre forskningsspørsmål. Jeg beskrev at jeg var opptatt av hvilke erfaringer de så langt hadde gjort vedrørende systematisk etikkarbeid, og hvilke tilbakemeldinger deres personalgruppe hadde gitt dem (vedlegg 2).

Intervjuene foregikk i tidsperioden februar 2012 til september 2012, og alle intervjuene foregikk på arbeidsplassen til intervjupersonene. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, og varte i fra 50 til 80 minutter, noe som var i overensstemmelse med den skriftlige informasjonen som ble gitt i forkant av undersøkelsen (vedlegg 1, 2 og 3).

Før intervjuene startet, spurte jeg om intervjupersonene opplevde noe som uklart i den skriftlige informasjonen de hadde mottatt. Ettersom to av informantene ikke hadde lest skrevet grundig, ble informasjonen gjennomgått med dem. Alle de syv deltakerne aksepterte betingelsene for undersøkelsen, og signerte samtykkeerklæringen (vedlegg 3).

En intervjuguide dannet utgangspunktet for intervjuene. Hovedtemaene i denne guiden var:

- Bakgrunnsopplysninger, kort beskrevet
- Systematisk etikkarbeid, refleksjonsgrupper: Opplegg struktur, tidsaspekt, hvem deltar og hvilken opplæring ble gitt?
- Leders erfaring med refleksjonsgrupper: Tilbakemeldinger, betydning for moralsk praksis, betydning for arbeidsmiljøet.
- Leders rolle og prioriteringer: Hva må ligge til rette for at avdelingsleder prioriterer etikkarbeid? Hva er de viktigste faktorene for å lykkes? Hva er antagelsen til at noen nedprioriterer etikkarbeid? (Vedlegg 4).

Det var til sammen 20 spørsmål i intervjuguiden og alle spørsmålene var formulert som åpne spørsmål. Eksempelvis spørsmål 10: Hvilke tilbakemeldinger gir personalet deg vedrørende refleksjonsgrupper? Spørsmål 18: Hva har du som leder erfart som de viktigste faktorene for å lykkes med systematisk etikkarbeid i din avdeling?

Temaene og spørsmålene i intervjuguiden ble formet med utgangspunkt i den informasjonen jeg på det tidspunktet mente var nødvendig for at jeg skulle kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden er på den måten en operasjonalisering av studiens forskningsspørsmål.

Intervjuguiden dannet en ramme for samtalen med avdelingslederne, men flere av spørsmålene ble mer brukt som sjekkpunkter for å sikre at viktige temaområder ikke ble utelatt, enn at de ble direkte formulert som spørsmål. Intervjupersonene kom selv inn på mange av temaene før jeg rakk å stille spørsmålene, og de fokuserte i ulik grad på spørsmålene ut fra ulike erfaringer. Guiden var allikevel viktig fordi den skapte en struktur i intervjusituasjonen og sikret at alle de syv intervjupersonene fikk formidlet egne erfaringer innenfor de samme temaområdene.

I intervjusituasjonene var jeg selv å betrakte som en nybegynner, da jeg kun tre ganger tidligere hadde foretatt intervju. Jeg gikk inn i intervjusituasjonen med nysgjerrighet, og intervjuene utviklet seg til veldig interessante samtaler. Jeg prøvde å finne en naturlig balanse mellom å lede intervjuet i riktig retning, og lytte nøye til det som ble formidlet. I noen tilfeller tok jeg meg selv i å bli en for aktiv samtalepartner i stedet for en god lytter, og måtte korrigere meg selv. Under intervjuene bestrebet jeg meg på å supplere med oppfølgingsspørsmål, for å klargjøre om jeg hadde forstått intervjupersonen rett. Innimellom repeterte jeg det de hadde sagt for å gi dem mulighet til å korrigere eller bekrefte min forståelse. Som intervjuer var jeg den som styrte samtalen, men intervjupersonene var i stor grad med på å bestemme hva som ble hovedfokus fordi de hadde forskjellige historier og opplevelser som opptok dem. Det ble en del avvik fra intervjuguiden fordi mange av de temaene intervjupersonen kom inn på krevde oppfølging. Jeg hadde lange pauser hvor intervjupersonen snakket fritt. Ansikt til ansikt – kontakten ga meg informasjon om hva som engasjerte dem, hva de nølte med, eller hva de syntes var vanskelig å besvare umiddelbart.

Spørsmål 14 i intervjuguiden erfarte jeg under pilotintervjuet kunne være vanskelig å besvare konkret. Det omhandler hvilke tilbakemeldinger avdelingsleder får fra beboere og pårørende om hvordan de opplever seg behandlet. Jeg valgte å beholde spørsmålet fordi jeg mener informasjon om dette er viktig, men erfaringen etter de syv intervjuene var at informasjonen jeg fikk ikke ga gode nok data til at de kunne brukes i denne studien. Spørsmål 13 i intervjuguiden strevde også noen med å besvare konkret. Spørsmålet er: «Hvordan vurderer du at etikkrefleksjonen har betydning for moralsk praksis i personalgruppen?». En av

intervjupersonene sa: «Det var et veldig voldsomt spørsmål», .. og lo deretter godt (2A). Slike reaksjoner ga meg muligheten til å utdype spørsmålet og avklare hva jeg ønsket informasjon om.

Kvale (2009) sier at de første minuttene i et intervju er avgjørende, fordi intervjupersonen vil bedømme intervjueren før de begynner å snakke fritt. Dette hadde jeg lest og var derfor bevisst på å skape en god og vennlig atmosfære. Noen temaer kan oppleves emosjonelle, og jeg prøvde å være oppmerksom på signaler om dette. Min opplevelse under intervjuene var at alle snakket åpent, virket trygge og svarte villig på spørsmålene. Det kan ha vært en fordel at de visste at jeg hadde samme yrkesfaglige bakgrunn som dem. Det er allikevel en mulighet for at informantene har unnlatt å informere om noe, men jeg fikk mye konkret og relevant informasjon på spørsmålene jeg stilte. Selv om jeg opplevde at alle intervjusituasjonene var preget av en god atmosfære, var jeg oppmerksom på makt-ubalansen i relasjonen mellom intervjupersonene og meg som intervjuer. Det var jeg som intervjuer som bestemte hva vi skulle snakke om, hvor lenge vi skulle snakke om de ulike temaene, og jeg var også den som skulle fortolke det som ble sagt. Jeg prøvde å være sensitiv for signaler som nøling eller andre reaksjoner på mine spørsmål.

Det kan være en ulempe at jeg har så mye kunnskap og erfaring om feltet, fordi min forforståelse kan gjøre meg mindre åpen for innspill jeg ikke forventer. Allikevel anser jeg det som en fordel å kjenne temaet godt, da jeg av den grunn kunne stille konkrete dybdespørsmål, og vite hvilke nyanser jeg kunne grave dypere i. Jeg hadde en basiskunnskap om emnet, men ikke deres erfaringer, og det var deres erfaringer jeg i stor grad søkte. «*Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side.*» (Kvale 2009, s.21).

Jeg avsluttet alle intervju med å spørre informantene om de hadde spørsmål eller informasjon de ønsket å utdype. Flere av informantene supplerte med tilleggsinformasjon på dette spørsmålet. Et eksempel var at en avdelingsleder sa de innimellom brukte klinisk etikk komité når de hadde særlig vanskelige dilemmasituasjoner, men at etiske refleksjonsgrupper var det avdelingen i hovedsak benyttet for å håndtere etiske utfordringer i avdelingen.

3.5 Analyse av intervjuene

Målet med analysen er at den skal bygge bro mellom råmaterialet og studiens resultater.

Kvale (2009) henviser til 3 ulike nivåer av analyse: Selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft og teoretisk forståelse.

På det første analysetrinnet skal jeg som forsker bestrebe meg på, i en fortettet form, å formulere det jeg oppfatter at den intervjuede mener. Det andre analysetrinnet går utover selvforståelsesnivået og her skal jeg, som forsker, trekke inn en bredere forståelsesramme enn den som presenteres av intervjupersonene. Dette er en forståelsesramme Kvale (2009) betegner som sunn fornuft-forståelse. På dette analysenivået kan jeg i min fortolkning tillate meg å stille meg kritisk til de intervjuedes uttalelser, - for eksempel å fokusere på en uttalelses innhold, eller på personen som formidler budskapet. På det tredje analysenivået kan jeg som forsker i min fortolkning bevege meg utover en sunn fornuft-forståelse, og trekke inn en teoretisk forståelsesramme i tolkningen. Denne gradvise prosessen bidrar til at jeg som forsker har nærhet til intervjupersonenes forståelse, samtidig som jeg utfordres til å utvide forståelsen og abstrahere den informasjonen intervjuene avstedkommer.

Analysen i min studie begynte allerede under og rett etter intervjuene, og fortsatte under transkriberingen. Lydfilene fra de syv intervjuene ble nøyaktig transkribert av meg, og det ferdig transkriberte materialet utgjorde totalt 112 A4-sider, skriftstørrelse 12, linjeavstand 1 ½. Hvert av intervjuene utgjorde fra 12 ½ til 16 ½ slike sider.

Under transkriberingen lyttet jeg nøye til stemmeleie, nøling, engasjement, eller andre emosjonelle uttrykk som understreket de verbale uttrykkene. Dette ble notert under transkriberingen. Som et eksempel kan nevnes, at en av intervjupersonene nølte lenge før hun besvarte spørsmålet om etiske refleksjonsgrupper hadde betydning for arbeidsmiljøet.

Etter avsluttet transkribering, fortsatte jeg analysearbeidet med å lese de syv intervjuene «på tvers», hvor både fellestrekk og variasjonsbredde var viktige faktorer. Under analysearbeidet benyttet jeg en hermeneutisk tilnærming til tekstmaterialet og analyseprosessen ble da en veksling mellom å fokusere på delene og helheten i hvert av de transkriberte intervjuene, men også mellom innholdet i intervjuene som helhet, og de enkelte intervjuene.

Det ble benyttet systematisk tekstkondensering som analysestrategi (Malterud, 2004).

Metoden beskrives som godt egnet til deskriptiv, tverrgående analyse av fenomener som blir

beskrevet av mange informanter, og er også velegnet ved datastyrt analyse. Variasjonsbredde og fellestrekk kan studeres ved systematisk tekstkondensering, og av den grunn mente jeg denne analyseformen passet mitt forskningsfokus. Prosessen med analysearbeidet var datastyrt, noe som innebærer at utsagnene i intervjuetekstene var utgangspunktet for dannelsen av temagruppene (Malterud, 2004). Jeg sorterte de utsagnene jeg vurderte som relevante, og irrelevante, i forhold til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. De ferdig transkriberte intervjuene leste jeg først sammenhengende en gang, før jeg ved neste gangs gjennomlesing kategoriserte temaer som jeg anså som viktige sett i forhold forskningsspørsmålene. Ved førstegangs temasetting kom jeg fram til åtte kategorier eller temaer, som jeg ved neste gjennomlesning organiserte tekstmaterialet i forhold til. Teksten ble gjennomgått, setning for setning, og jeg fant sitater og meninger som jeg vurderte som meningsbærende enheter. Da alle meningsbærende enhetene i teksten var definert, ble tekstbitene kodet med navn og farge, og tekstbiter som hadde noe felles, ble gruppert sammen. Flere ganger var jeg i tvil om hvilket tema den enkelte mening hørte inn under og da gjennomgikk jeg både meningsenheten og temagruppen nøye. Noen av tekstbitene kunne plasseres under to eller tre ulike temaområder, noe som er vanlig ved første gangs koding. (Malterud, 2004). Prosessen ble gjentatt flere ganger, og ulike grupperinger av tekst-bolker ble plassert og omplassert inntil grupperingen virket meningsfull. Noen temagrupper fikk mye tekst og flere underpunkter, mens en temagruppe viste seg bare å inneholde en meningsenhet, med meningen bare fra en deltaker. Ut fra dette ble det foretatt flere endringer og presiseringer underveis i prosessen.

Neste steg i prosessen var definering av subgrupper eller underkategorier, og alle de meningsbærende enheter ble kategorisert under ulike underkategorier. Respondentenes utsagn ble kondensert, slik at essensen i meningen kom fram, og innholdet i beskrivelsene ble sammenfattet. Et eksempel på framgangsmåten i analyseprosessen er illustrert i tabell 3 på neste side.

Tabell 3

Meningsbærende enhet	Kondensert mening/ meningsfortetning	Underkategori/subtema	Hovedkategori
«En hjelpepleier kom med et eksempel: Vanligvis går det på automatikk at jeg går inn til en beboer, men så gikk det opp for meg at jeg ikke kan møte mennesker på denne måten. Jeg vil jo ikke bli møtt sånn, og det har jeg aldri tenkt på før. Så når jeg går inn nå så ser jeg mennesket inn i ansiktet og så smiler det til meg. Folk er bevisst at det er holdninger det handler om» 4A	En hjelpepleier er blitt mer bevisst på sin opptreden overfor beboere, og har ut fra det endret sin måte å behandle og møte beboere på.	Bevissthet på etiske spørsmål	Økt oppmerksomhet på etikk og etiske spørsmål
Jeg ser det, som leder, som mitt ansvar at jeg må rydde plass. Det må jeg sørge for at dette får vi til. Jeg må ha det på agendaen, jeg må flytte på alt annet. Det er like viktig som måltidene er. Jeg har skrevet det opp i boka, og dette gjør vi hver gang... Det er alltid noen som drar i en annen retning, som mener at noe annet er viktigere	Det er leders ansvar å rydde plass for systematisk etikkarbeid, og det vil alltid være ansatte som ønsker andre prioriteringer	Avdelingsleder som pådriver	Avdelingsleders styrende funksjon i det systematiske etikkarbeidet

De ulike undergruppene fikk navn som danner overskrifter for mine funn. Som eksempel: avdelingsleder som «igangsetter» og etikkarbeidets betydning for «bevissthet på etiske spørsmål». Underkategoriene er basert på de kategorinavnene jeg kom fram til i analysearbeidet under punktet underkategori/subtema. Den transkriberte teksten fra alle intervjuene ble igjen gjennomgått, for å vurdere om konklusjonen av funn, samstemte med hva deltakerne hadde sagt. Denne rekontekstualiseringen ble gjort for å være lojal mot deltakernes stemmer, og for å sjekke at de fortsatt er gyldige etter å ha blitt fjernet fra sin opprinnelige sammenheng (Malterud, 2004).

I kapittel 4 blir funn presentert under hovedkategorier og underkategorier. Utvalgte sitater fra intervjupersonene blir gjengitt for å illustrere funnene, samt gi leseren innsikt i mine begrunnelser for valgte kategorier og underkategorier. Alle intervjupersonene er sitert, men i ulik grad, fordi noen sitater er særlig illustrerende for å beskrive enkelte funn. Funnene blir i kapittel 5 drøftet i forhold til problemstillingen, og den teoretiske rammen jeg har lagt til grunn for studien.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Det er flere etiske hensyn som må ivaretas når man skal foreta kvalitative intervjustudier. Jeg vil i det følgende beskrive de forskningsetiske vurderinger som ble gjort, og hvordan jeg gikk fram for å ivareta disse.

Helsinkideklarasjonen, Vancouverkonvensjonen og personvernlover (etikkom.no) slår fast at det alltid er forskeren som har det etiske ansvaret i all forskning, og at behovet for ny kunnskap aldri må gå foran rettighetene og interessene til dem som deltar i studien. Deklarasjonene omhandler grunnleggende etiske prinsipper, i alle faser av forskningsprosessen (Malterud, 2004).

Jeg har i min studie tilstrebet å ivareta;

- Kravet om informert samtykke
- Kravet om konfidensialitet
- Kravet om å unngå skade og belastning

Før innhenting av data, sendte jeg en søknad til personvernombudet i norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Intervjuguiden og informasjonsskrivene til institusjonslederne og avdelingslederen fulgte som vedlegg. Prosjektet ble vurdert, og de fant at prosjektet ikke medførte meldeplikt etter personopplysningsloven §§31 og 33, fordi det ikke var noen direkte eller indirekte personidentifiserbare personopplysninger som skal registreres i forbindelse med prosjektet (Vedlegg nr. 4).

Siden pasienter ikke er involvert i studien var det heller ikke nødvendig å søke Regional Etisk Komite for medisinsk forskningsetikk (REK).

Som tidligere nevnt, fikk alle aktuelle informanter tilsendt et informasjonsskriv, hvor nødvendig informasjon vedrørende studien sto beskrevet (vedlegg nr.2). I tillegg fikk alle et tilbød om at jeg kunne komme til institusjonen for å gi muntlig informasjon om prosjektet, men ingen ba om dette. I informasjonsskrivet ble det informert om at det skulle gjøres lydopptak under intervjuet, og at opptakene ville bli oppbevart på en forsvarlig måte. Jeg forsikret også om at all informasjon som kunne tilbakeføres til den enkelte avdelingsleder ville bli anonymisert, og behandlet konfidensielt. Dersom institusjonsledelsen aksepterte min forespørsel, ba jeg dem være behjelpelig med å formidle kontakt med avdelingslederne som oppfylte kriteriene for å delta i studien. Alle avdelingslederne fikk den samme informasjonen som institusjonslederne.

Det var i utgangspunktet åtte avdelingsledere som hadde sagt seg villige til å delta i studien, men en av avdelingslederne svarte ikke på to henvendelser fra meg. Deltagelse i studien er basert på frivillighet, og jeg valgte ikke å henvende meg mer til henne, da jeg tolket hennes manglende respons med at hun ikke lengre var interessert i deltagelse, og jeg sto igjen med syv avdelingsledere. Alle aksepterte premissene, og tidspunkt for intervjuene ble avtalt. Pilotstudien ble avtalt direkte med en avdelingsleder, men lederen for institusjonen godkjente bruken av data fra dette intervjuet i etterkant. De tre andre institusjonslederne ble kontaktet av meg via en E-post. Det ble poengtert overfor avdelingslederne deres rett til å trekke seg fra

studien uten nærmere begrunnelse, når som helst, dersom de ønsket det. Alle ga informert samtykke før intervjuene startet.

Jeg anser ikke spørsmålene under intervjuene som spesielt sensitive, men jeg kan ha risikert at noen spørsmål har medført en opplevelse av utilstrekkelighet i avdelingslederrollen. I et av intervjuene formidlet en avdelingsleder at hun fikk tydeligere for seg hva hun burde gjøre som hun ikke hadde gjort, og at hun skulle jobbe mer med egen væremåte. Slike erkjennelser kan oppleves emosjonelt, og jeg minnet henne om alt hun hadde fått til i det systematiske etikkarbeidet. «*Å fortelle om hvordan vanskelige, faglige dilemmaer av og til får en mindre optimal løsning, er ikke så lett*» (Malterud, 2003, s. 205).

Som intervjuer prøvde jeg å sette meg selv mest mulig i bakgrunnen, men lyktes ikke alltid. Allikevel har jeg vurdert min uerfarenhet til ikke å ha hatt betydelig innvirkning på datamaterialet mitt. Jeg har fått mye informasjon og informantene har vært åpne og kommet med mange eksempler som belyser deres erfaringer.

Under analysen av data stilte jeg meg gjentatte ganger spørsmålet om hva intervjueteksten formidlet, og prøvde å legge egne forventninger til resultatet til side. Det er informantens utrykte mening som dannet grunnlaget for temasetting, koder og funn. Ved gjengivelsen av funn har jeg bestrebet meg på å sikre konfidensialitet ved å formidle at undersøkelsen har foregått et sted på Østlandet, ingen navn er gjengitt, og noen situasjoner som kan være gjenkjennbare er utelukket, eller omformulert til ikke å bli gjenkjennelig for andre. Derimot er det viktig at de som er blitt intervjuet kjenner igjen sine egne historier for å vise til at data er riktig gjenfortalt. Ettersom lydopptak av stemmene kan spores tilbake til informantene, skal alle lydopptak slettes etter at masteroppgaven er godkjent og sensur er satt (Grimnes, 2009).

Velgjørhetsprinsippet om lavest mulig risiko for skade for informantene, har vært en viktig rettesnor for meg under hele forskningsprosessen (Malterud, 2004).

3.7 Reliabilitet og validitet

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet, som er pålitelighet, handler om informasjonen (dataene) som er samlet inn, er påvirket av måten datasamlingen er gjennomført på. Høy reliabilitet får jeg når dataene ikke er påvirket av innsamlingsmåten.

Under hele prosessen har jeg forsøkt å gjennomføre studien på en slik måte at resultatene skal være pålitelige og troverdige. Jeg har tilstrebet å formidle hvordan hele intervjuprosessen er gjennomført, så leser kan vurdere kvaliteten av den. Transkriberingen av intervjuene er nedskrevet ordrett av meg, og ved gjengivelse av intervjuene har jeg brukt en grundig og tidkrevende analyseprosess. Spørsmålene er etter min mening stilt på en konkret måte, slik at denne studiens resultater også kunne ha framkommet dersom en annen forsker hadde foretatt den samme undersøkelsen med de samme deltakerne og på det samme tidspunktet. På den annen side har andre forskere ikke samme erfaringsbakgrunn som meg, og ville sannsynligvis ha stilt andre oppfølgingsspørsmål og festet seg ved andre svar enn meg. Min forforståelse har vært med på å prege hele forskningsprosessen, fra beslutningen om problemstilling, forskningsspørsmålene, det jeg merket meg i intervjusituasjonen og analysearbeidet. Det innebærer at en forsker sånn sett aldri vil ha mulighet til å få de samme resultatene.

Den grundige kjennskapen jeg har til feltet, er både et fortrinn og en ulempe. *«Forforståelsen er viktig for motivasjonen, men kan også gi skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å lære av materialet»*(Malterud, 2004, s. 47).

Jeg har tidligere beskrevet fordelene og ulempene med mitt kjennskap til temaet. I intervjuguiden og under intervjuene var jeg opptatt av å stille åpne og utforskende spørsmål. Jeg var bevisst på at det var stemmene til informantene som skulle danne grunnlaget for mine data og funn. Det har vært et klart mål for meg å gjøre nye oppdagelser, bli oppmerksom på forhold som ligger utenfor de erfaringer jeg selv har gjort.

3.7.2 Validitet

Validiteten, eller gyldigheten, av studiens funn henger blant annet sammen med metodevalg, og hvorvidt metoden og måten studien er gjennomført, undersøker det den er ment å undersøke (Kvale, 2009).

Med avdelingslederens erfaringer, vurderinger og refleksjoner som fokus for studien, var det min vurdering at det kvalitative intervju var en velegnet metodisk tilnærming for datasamling. Avdelingslederens refleksjoner og individuelle vurderinger blir tydeliggjort på en fremtredende måte ved denne forskningstilnærmingen, noe som var min hensikt i denne studien. Når det gjelder spørsmålene jeg har stilt, har de etter min vurdering vært relevante i forhold til forskningsspørsmålene, og jeg mener å ha fått rikholdige data.

Validiteten handler også om hvordan jeg fortolker mine funn, og om min evne til å være kritisk til funnene, og i kapittel 5 drøfter jeg funnene (Kvale, 2009).

Kvalitetskontroll av fortolkningene har jeg brukt mye tid på, for å være tro mot deltakernes utsagn og formuleringer. Prosessen med komprimering av den transkriberte teksten uten at viktig informasjon skulle gå tapt, har for meg vært det mest krevende i analyseprosessen. Jeg har prøvd å få avstand til stoffet, lest intervjuene mange ganger, og med lange mellomrom. For deltakerne kan tidsaspektet ha vært en utfordring ved at de i noen grad gjenforteller historier fra flere år tilbake, og derfor kanskje ikke husker alt like klart. Når avdelingslederne skal beskrive erfaringer fra prosjekter de selv har hatt ansvar eller delansvar for, kan det også bli slik at de i større grad har fokus på de vellykkede framfor de mindre vellykkede historiene.

Jeg mener å ha vist at analyseprosessen i denne studien har vært grundig og at funnene i studien er gyldige. Ingen kunnskap er allikevel allmenngyldige, i den forstand at den gjelder under alle omstendigheter, eller for ethvert formål. Jeg mener at funnene sier noe om avdelingslederens erfaringer med etikkarbeid i sykehjem, og om de vurderinger og refleksjoner de har gjort seg i tilknytning til etikksatsingen. Min vurdering er at disse resultatene kan være av interesse for dem som allerede jobber med systematisk etikkarbeid, eller har til hensikt å starte med systematisk etikkarbeid i sykehjem.

3.8 Metodekritikk

Jeg har tidligere presentert flere fordeler med kvalitative forskningsintervju som metode, men metodevalget kan også ha hatt noen svakheter.

Intervjuene har gitt meg mange relevante data, men andre metoder kunne ha gitt andre funn og nyanser i datamaterialet. En metode som i den sammenheng ble vurdert var

fokusgruppeintervju med en sammensatt gruppe helsepersonell og avdelingsledere. Fordelen med denne metoden kunne ha vært å få en bredere kunnskap om den sosiale og kulturelle konteksten til intervjupersonene (Kvale, 2009). Det ville også gitt min studie en førstehåndsinformasjon fra helsepersonell vedrørende deres erfaringer, i stedet for avdelingslederne som formidlere av personalgruppens erfaringer. Metodetriangulering for eksempel med deltakende observasjon sammen med det kvalitative intervju ville ha styrket studien, men det så jeg meg ikke i stand til å gjennomføre i denne studien.

Spørreundersøkelse vurderte jeg som en uaktuell metode for datainnhenting, ettersom jeg i studien min var opptatt av deltakernes beskrivelser av erfaringer, deres refleksjoner og vurderinger.

Min kompetanse og dyktighet i alle ledd er viktig for kvaliteten på studien. I kvalitative forskningsintervju er jeg et instrument ved datainnsamlingen. Under intervjuet kreves det raske beslutninger om hvilke spor som skal følge opp, og det var ikke alltid enkelt å forutsi hva som var verdifulle spor. Som intervjuer må man kunne tenke og vurdere samtidig som man stiller spørsmål. Selv om jeg ikke alltid klarte det, la jeg vekt på å følge opp, stille spørsmål til utdyping, til det jeg, der og da i intervjusituasjonen, vurderte som verdifulle spor (Kvale, 2009). En annen utfordring er at de spørsmål jeg velger å fokusere på, vil være avgjørende for svar og dermed de funn jeg får. Svakheterne er dermed at jeg kan ha gjort feilvurderinger i mine valg av spørsmål og forskningsfokus.

Utfordringen for den som blir intervjuet kan være at hun ikke forstår hva jeg som intervjuer er ute etter, selv om forhåndsinformasjon er gitt. Jeg som intervjueren har i tillegg monopol på å fortolke hva den intervjuede virkelig mener. Som en reaksjon på intervjuerens dominans, vil noen intervjupersoner kunne holde informasjon tilbake (Kvale, 2009). Dette er noe jeg ikke kan være sikker på om er gjort under mine intervjuer. Jeg som intervjuer kan ha vært for lite pågående, og ikke bevart tilstrekkelig kritisk distanse til det som ble sagt. Dette til tross, er det viktig for meg å understreke at dette er innvendinger jeg har vært oppmerksom på, og som blant annet har vært drøftet med min veileder.

Når det er sagt, er det svakheter ved all forskningstilnærming. Innvendingene mot intervjuforskning berører primært karakteren av den kunnskap som produseres i kvalitative forskningsintervju (Kvale, 2009). Min vurdering er at intervjuforskning bidrar til dybdekunnskap og kan gi opplysende innsikt om temaet som studeres.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Funnene er fremkommet gjennom prosedyren beskrevet i kapittel 3. En del sitater gjengis for å underbygge funn.

Kapittelet innledes med en kort presentasjon av bakgrunnsopplysninger. Det gis deretter en beskrivelse av prosessen rundt implementering av systematisk etikkarbeid ved hver av de fire institusjonene. Funnene presenteres deretter i samme rekkefølge som forskningsspørsmålene er presentert. Av det følger først en beskrivelse av avdelingsleders funksjon i det systematiske etikkarbeidet, og deretter etikkarbeidets betydning for personalets etiske kompetanse og for arbeidskulturen, for til sist å beskrive viktige faktorer som kan bidra til å opprettholde systematisk etikkarbeid i sykehjemsavdelinger.

Deltakerne navngis som 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B og 4A, hvor tallene henviser til institusjonen, mens bokstavene er satt ut fra den rekkefølgen intervjuene ble transkribert.

4.1 Bakgrunnsopplysninger

Institusjonene

De fire institusjonene hvor datainnsamlingen er foretatt, ligger i fire ulike kommuner på Østlandet. Institusjonene har fra tre til fem avdelinger, og to av institusjonene har egen ressursavdeling med et særlig fokus på fagutvikling.

Avdelingslederne og avdelingene.

Alle de syv avdelingslederne har mange års erfaring som sykepleiere, og har jobbet som ledere i fra 5 år til 30 år, og har fra 3 til 4 års erfaring med systematisk etikkarbeid i sykehjem. Noen av dem har også jobbet med etikkarbeid i flere år før dette, uten at etikkarbeidet da var systematisert.

Mer presise data om deres bakgrunn og ansiennitet som sykepleiere og ledere har jeg ikke etterspurt, ettersom alle i høy grad innfrir mine minstekriterier om minst ett års erfaring som avdelingsleder, og et halvt års erfaring med systematisk etikkarbeid.

Intervjupersonene i min studie er avdelingsledere for sykehjemsavdelinger med fra 17 til 35 beboere. Fire av lederne har ansvar for spesialenheter som lindrende enhet eller demensenhet, mens tre er avdelingsledere for rene somatiske sykehjemsavdelinger. Jeg har ikke informasjon om noen av lederne har spesialutdanning eller lederutdanning, men seks av dem har gjennomgått et lederopplæringsprogram i regi av kommunen de arbeider i, og alle deltar jevnlig på ledersamlinger i regi av egen arbeidsplass eller kommune, hvor etikk er et av temaområdene på samlingene.

Personalsammensetningen i alle avdelingene har mange likhetstrekk ved at de faste stillingene hovedsakelig er bemannet med fagutdannede: Sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere, og i et par tilfeller vernepleiere. Noen av spesialenhetene har en høyere andel sykepleiere og flere årsverk enn de ordinære sykehjemsavdelingene. Alle avdelingene har en større gruppe ufaglærte medarbeidere i lavere stillingsprosenter som faste helgevakter og som tilkallingsvakter.

4.1.1 Implementeringsfasen

Systematisk etikkarbeid ble implementert på noe ulik måte ved de syv avdelingene. Felles for tre av institusjonene er at innføring av systematisk etikkarbeid ble initiert utenfra, ved at deres institusjon inngikk samarbeidsavtale med sin kommune og KS om et strukturert opplegg for etisk kompetanseheving. Den fjerde institusjonen er ikke en kommunal institusjon, men startet med etikkarbeid etter at to ansatte ved sykehjemmet ble deltakere i klinisk etikk-komite` for helsetjenesten i kommunen (KEKK) de jobbet. En av satsingene for KEKK var å motivere til etablering av møteplasser for etisk refleksjon ved kommunens sykehjem.

Samtlige sykehjem i denne studien startet det systematiske etikkarbeidet i perioden 2008-2009, slik at avdelingslederne i min undersøkelse hadde fra 3-4 års erfaring med etikkarbeid da intervjuene fant sted i 2012. Sykehjem 1 inngikk avtale med sin kommune 4 år tidligere om å være et forsøkssted for systematisk etikkarbeid. Prosjektet var i samarbeid med KS, og avdelingsleder 1A deltok sammen med en annen avdelingsleder ved sykehjemmet på et introduksjonsmøte om etikkarbeid. To hjelpepleiere i avdelingen til 1A ble deretter forespurt om å delta på etikkveilederskole, og planen var at de deretter skulle lede etiske refleksjonsgrupper i sin avdeling. Det viste seg at de ikke var tilstrekkelig motivert, og så heller «ikke hensikten» med dette arbeidet til at de ville påta seg ansvaret. 1A påtok seg derfor

ansvaret med å ha refleksjonsgrupper i avdelingen. Hun hadde ingen kunnskap om etikkveiledning, og prøvde i stedet å hjelpe personalet med å finne etiske dilemmaer som de sammen diskuterte i forbindelse med morgenrapporten. 1A opplevde at refleksjonsgruppene ikke fungerte godt det første året, både på grunn av hennes manglende kompetanse, og på grunn av manglende oppfølging fra dem som hadde gjennomgått etikkveilederopplæring. Det systematiske etikkarbeidet kom først ordentlig i gang året etter, da avdelingsleder 1B begynte ved institusjonen. Denne lederen opplevdes som en dyktig og strukturert etikkveileder, og erfaringene med etiske refleksjoner ble veldig gode etter at hun påtok seg etikkveilederansvaret. Avdelingsleder 1B begynte som ny avdelingsleder i sykehjemsavdelingen, fordi daværende leder sluttet. 1B fikk en fremtredende rolle som etikkveileder for to av sykehjemmets tre avdelinger. Før hun innførte etiske refleksjonsgrupper ved sykehjemmet fikk hun opplæring som etikkveileder i form av organiserte kurs og seminarer gjennom deltagelse i kommunens KEKK.

Erfaringene den første perioden var at noen ansatte opplevde de etiske refleksjonene som veldig utfordrende. Noen var utrygge på metoden eller på hverandre i gruppen, og var bekymret for ikke å ha noe konstruktivt å tilføre i den etiske refleksjonen. Kanskje ansattes opplevelse hadde sammenheng med at man her ikke hadde valgt en såkalt «lavterskelmetode» men en metode som kan være litt krevende. Personalet er blitt tryggere på denne refleksjonsmetoden etter hvert.

Det er minst fem personer ved dette sykehjemmet som har gjennomgått etikkveilederopplæring, men kun avdelingsleder 1B som fungerte som etikkveileder da intervjuene fant sted. Den tredje avdelingen ved sykehjemmet har ikke organiserte, etiske refleksjonsgrupper, uten at jeg er kjent med årsaken til det.

Ved institusjon 2 ble systematisk etikkarbeid innført 3 år tidligere, i etterkant av et etikkseminar i KS sin regi som ledergruppen deltok på. Fokuset for etikkrefleksjonene i den første fasen var å øke personalets bevissthet rundt den nye «tvangsparagrafen» (§4A, i pasient- og brukerrettighetsloven). Det var et ønske fra sykehjemmets ledelse om at avdelingslederne skulle ha kunnskap og kompetanse i etikkarbeid, før de ble ansvarlige for implementeringsprosessen i avdelingene. Avdelingslederne kunne på den måten fungere som pådrivere og «reklamere» for det nye prosjektet. Senere har 4-5 sykepleiere og hjelpepleiere fra hver avdeling også deltatt på tilsvarende opplæring. En av lederne opplevde at implementeringen av etikkarbeidet gikk lettere etter at flere ansatte i personalgruppen hadde

gjennomgått samme opplæring som ledergruppen. Det ble en «*smitteeffekt*» på huset, personalet snakket seg i mellom, og det ble skapt en nysgjerrighet i forhold til prosjektet. Flere av de ansatte begynte å spørre om å få delta på etikkopplæringen. Avdelingene har ikke mulighet til å sende for mange av gangen på kurs, da sykehjemmet ikke har økonomiske midler til å ta inn ekstra personal i deres fravær. Avdelingslederne i sykehjem 2 har helt fra starten fungert som etikkveiledere og hatt ansvaret for å lede refleksjonsprosessen. En av lederne sier eksplisitt at hun er tilfreds med den ordningen, - på den måten mener hun de unngår at ansvaret pulveriseres. En ulempe er at ingen andre tar ansvaret dersom denne lederen er borte. I avdeling 2B er det avdelingsleder og assisterende avdelingsleder som er ressurspersoner. Denne institusjonen har valgt en refleksjonsform som er lett å igangsette, og som krever få forberedelser. Selv om ingen av lederne tok opp at noen opplevde refleksjonene utfordrende, erfarer de at det alltid er noen i avdelingene som ikke sier så mye, fordi de synes det er ubehagelig å snakke i større sammenhenger. En av lederne oppfatter det annerledes, og sier at de er en liten gruppe mennesker som kjenner hverandre, at alle er aktive, selv om noen har mer å si enn andre. Erfaringene etter noen år er at den systematiske etikkrefleksjonen går i bølger, litt til og fra, og en av avdelingene hadde et opphold da avdelingslederen var fraværende. Sykehjemmet har en utviklingsavdeling som har ansvaret for prosjekter hvor blant annet etikk jevnlig er et tema.

Institusjon 3 har arbeidet med etikk i mange år, men ble med i KS sin satsing på etisk kompetanseheving 3 år før intervjuet fant sted. En av lederne opplevde at samarbeidet med KS ble en viktig pådriver for etikkarbeidet ved institusjonen, og at etiske refleksjonsgrupper ble en del av et systematisk system - og etablert ved hele institusjonen. I kommunal sammenheng ble det etablert klinisk etikk-komité, kommunen gjennomførte opplæringsprogram for etikkveiledere og det ble gjennomført en systematisk oppfølging av etikkveilederne med jevnlig samlinger. På avdelingsnivå er det de etiske refleksjonsgruppene som er å regne som det systematiske etikkarbeidet, og som avdelingene har brukt mye tid på. I begynnelsen var det eksterne etikkveiledere som ledet refleksjonsgruppene i avdelingen til avdelingsleder 3B, deretter overtok hun ansvaret for refleksjonen i sin avdeling. I avdelingen til 3A har jeg ikke data om hvem som ledet etikkrefleksjonene i startfasen, men begge avdelingene har nå to sykepleiere hver, som er refleksjonsveiledere i sine avdelinger. Det er avdelingsleder 3A og 3B, som har delegert etikkveilederoppgaven videre til disse sykepleierne. Erfaringene i startfasen var at det tok tid å få refleksjonsgruppen etablert som en

fast struktur i avdelingen, men avdelingsleder 3B fremhever at det går lettere nå, særlig fordi de er blitt flinkere til å fordele arbeidsoppgaver på morgenen. Noen i personalgruppen opplevde det litt utfordrende og «skummelt» å delta i refleksjoner i startfasen, sannsynligvis fordi de ikke følte seg helt trygge på gruppa. Noen ansatte blir veldig dominerende under refleksjonen, mens andre blir veldig stille. Refleksjonsveilederen må av den grunn prøve å dempe de snakkesalige, og motivere de stille til å si noe. Personalet gir tilbakemeldinger på at utbyttet av refleksjonen er veldig avhengig av hvilke refleksjonsteknikker som brukes. Mens avdelingsleder 3A vanligvis ikke deltar på refleksjonene fordi hun mener refleksjonstida skal være personalets forum, deltar avdelingsleder 3B når hun har mulighet. Også hun anser dette primært som de ansattes forum, og velger derfor hovedsakelig å være tilhører de gangene hun deltar. Ledelsen ved sykehjemmet er sterke pådrivere for det systematiske etikkarbeidet på avdelingsnivå.

For institusjon 4 var deltagelse i KEKK i 2009 starten på etikkarbeidet ved institusjonen. To ansatte fra sykehjemmet var medlemmer av kommunens kliniske etikk-komite` hvor det ble nedsatt et mål om å innføre møteplasser i sykehjemsavdelinger hvor fokuset skulle være etisk refleksjon. Systematisk etikkarbeid ble støttet av sykehjemmets ledelse, og året etter ble det et satsingsområde nedfelt i sykehjemmets virksomhetsplan. Det ble etablert internundervisning i alle avdelinger på sykehjemmet, og etter hvert deltok flere ansatte i hver avdeling på eksterne kurs vedrørende systematisk etikkarbeid og innføring i ulike refleksjonsteknikker. Totalt 10 ansatte fra institusjon 4 ble sendt på etikkveilederkurs. Det ble innført ukentlige etiske refleksjonsgrupper i hver av de tre avdelingene ved sykehjemmet, ledet av avdelingslederne og noen ganger andre etikkveiledere. Det var flere positive erfaringer den første perioden, men også der var tilbakemeldingene litt avhengig av hvilke refleksjonsteknikker som ble benyttet, og noen teknikker var det motvilje mot å bruke. De famlet litt i begynnelsen, og lurte på hva de skulle snakke om. Noen ansatte følte seg ubekvemme i starten og opplevde det vanskelig å uttrykke egne meninger. Avdelingsleder 4A måtte bruke tid på å berolige deltakerne ved å poengtere at ingen meninger var gale, og at man ikke behøvde å si noe om man ikke hadde noe på hjertet. Flere av etikkveilederne har etter hvert falt ifra, slik at det nå hovedsakelig er avdelingslederne og to – tre andre ansatte som fungerer som etikkveiledere ved sykehjem 4.

Alle de syv avdelingslederne sier at både de selv og personalgruppen ønsker å fortsette med etiske refleksjonsgrupper, og at alle opplever at de nå har stort utbytte av de etiske

refleksjonene. Flere tar opp viktigheten av at implementeringen av etikkarbeid må gjøres på en riktig måte, for at personalet skal være motiverte for denne organisasjonsutviklingen. *«for vi har jo lært noe ved å se hva som ikke fungerte.... måten man implementerer er helt avgjørende om man skal få til noe, .. om det skal være nyttig»(1A).*

4.2 Etikkarbeidets form

4.2.1 Former for etikkarbeid

Alle de syv avdelingslederne fremhever etiske refleksjonsgrupper som den viktigste formen for systematisk etikkarbeid. To avdelingsledere har erfaring som medlemmer i KEKK, mens to av de andre lederne har henvendt seg til KEKK i enkeltsituasjoner for bistand til særlig vanskelige etiske dilemmaer i egen avdeling. Utenom dette har klinisk etikk- komite` ikke hatt noen sentral betydning i avdelingenes systematiske etikkarbeid.

4.2.2 Refleksjonsgruppenes opplegg og struktur

Det er store variasjoner når det gjelder refleksjonsgruppene ved de fire institusjonene. Ulikhetene består både i hvor mye tid som avsettes til hver refleksjon, hvor hyppig de gjennomfører refleksjonsgruppene, hvem som deltar samt hvilke refleksjonsmetoder som benyttes.

Ved tre av institusjonene deltar alle som er på vakt på refleksjonsgruppene, og de foregår i deres egen avdeling. Ved institusjon 1 har avdelingene til avdelingsleder 1A og 1B felles refleksjon. Refleksjonsprosessen ledes av avdelingsleder 1B, og to ansatte fra hver av avdelingene deltar. Refleksjonene varer en time midt på dagen hver 14 dag. Metoden som brukes ved refleksjonen er etisk refleksjonsmodell, omtalt i kapittel 2, og det er kun denne refleksjonsformen institusjon 1 har erfaring med. De som har en etisk problemstilling, legger dette frem i gruppen, og en case velges ut til refleksjonen. Refleksjonsprosessen struktureres etter en 5-trinnsmodell, før det til slutt konkluderes.

Ved institusjon 2 benytter begge avdelingene etiske refleksjonskort som utgangspunkt for refleksjonene. Refleksjonene omhandler tema rundt pasient- og brukerrettighetsloven og bruk

av tvang, samt egenerfarte etiske dilemmasituasjoner. Både personalet og studenter ved institusjonen har vært med på å utarbeide refleksjonskortene. Avdelingslederne leder refleksjonen i sine avdelinger, og det er også lederne som hovedsakelig tar initiativ til refleksjonsstunden. Refleksjonene foregår på morgenen, og i den ene avdelingen reflekterer de hver ukedag i ca. 5-15 minutter, mens i den andre avdelingen er hyppigheten «*litt tilfeldig*», men gjennomsnittlig ca. en gang i uken i 5-15 minutter. Refleksjonsformen er «*ordet fritt*», etter at refleksjonskortet er lest opp. Denne institusjonen har ingen erfaring med andre refleksjonsformer, men en av avdelingslederne tar initiativ til andre tema enn det som står i refleksjonskortene dersom hun anser det nødvendig.

Ved institusjon 3 har de refleksjon en halv time midt på dagen en fast dag i uken. Refleksjonsveilederne, som er sykepleiere, har fått opplæring i flere ulike typer refleksjonsverktøy, og mange av disse metodene er utprøvd. Som eksempler kan nevnes «fishbowl-method», «ut på tur», «tankevandring», «refleksjonskort», «pedagogisk sol», «verdi-ord» og «case-kort» som er laget av personalet. De ansatte gir best tilbakemelding på det de kaller «åpen refleksjon», som er den formen som hovedsakelig benyttes ved refleksjoner i begge avdelingene. Metoden som brukes nå er at deltagerne velger en eller to egenerfarte situasjoner, som tas opp til refleksjon. En av lederne sier hun gjør personlige notater med temaer hun anser som aktuelle, og innimellom tas disse opp i refleksjonsgruppen.

Ved institusjon 4 gjennomføres det 45 minutter refleksjon en fast dag i uken. De har prøvd ut «fishbowl-method», «trafikk-lys», og «rekk opp hånden». Den vanligste formen er at personalet kommer med forslag om tema, et tema velges ut for deretter å «*ta runden*» hvor samtlige deltakere i gruppen får spørsmål om sitt syn i saken. Det er to ansatte i avdelingen til avdelingsleder 4A som har vært på etikkveilederkurs og som sammen med henne innimellom er ansvarlige for å lede refleksjonene.

Det er vanlig i flere av avdelingene at også studenter og elever deltar på refleksjonene, men i to avdelinger har man valgt at elever som har språkopplæringspraksis ikke deltar. Begrunnelsen for dette valget er at de mener at disse elevenes manglende språkforståelse gjør det vanskelig å reflektere rundt abstrakte begreper, noe som forringer utbyttet.

Tema for refleksjon:

Intervjupersonene er ikke konkrete med hensyn til hvilke case som drøftes, men de kommer med eksempler på aktuelle refleksjonstemaer som tas opp til refleksjon. Det er eksempelvis: Formidling av gode erfaringer fra situasjoner som har vært krevende, og hvordan behandle beboere, pårørende og kolleger med respekt. Verdiord som trygghet, selvbestemmelse og verdighet og betydningen disse begrepene har for praksis, samt hvordan virkeliggjøre sykehjemmets verdigrunnlag i arbeidshverdagen. Andre eksempler er: «*Hvorfor gjør vi det på denne måten? Hvorfor skjedde dette?*», og «*Hva kan vi gjøre annerledes for å høyne kvaliteten?*»

Det tas generelt opp mange dilemmasituasjoner som deltakerne har erfart i arbeidshverdagen sin på sykehjemmet, som for eksempel at demente beboere ikke vil dusje, ikke spise, ikke vil ta nødvendig medisiner, og hvilke tillitsskapende tiltak som kan brukes for å unngå tvangssituasjoner. To av lederne sier impulsivt at de aldri går tom for tema til refleksjon.

Hvem deltar:

På tre av sykehjemmene deltar alle som er på dagvakt den aktuelle dagen, med unntak av en av de ansatte som er igjen og passer avdelingen under refleksjonsstunden. På sykehjem 1 deltar to ansatte fra hver avdeling. Nattvakter får ikke deltatt ved noen av sykehjemmene i studien, noe alle avdelingslederne opplever som en utfordring. Selv om nattevaktene har tilbud om å delta, er det sjeldent at noen benytter seg av tilbudet. Derimot deltar mange av helgevaktene fordi de ofte også jobber ekstra på ukedagene.

4.3 Avdelingsleders funksjon i det systematiske etikkarbeidet.

Forskningsspørsmål en etterspør hvilken funksjon avdelingslederen har hatt i avdelingens systematiske etikkarbeid. Funn fra de syv intervjuene viser at alle avdelingslederne har hatt viktige roller i implementeringsfasen, og fortsatt har en viktig rolle i å vedlikeholde etikkarbeidet i egne avdelinger. Graden av systematikk i etikkarbeidet har vært varierende, men alle har et sterkt fokus på etikkarbeid, og fremhever verdien av dette arbeidet i sine avdelinger. Jeg vil i dette kapittelet presentere avdelingsledernes funksjon i etikkarbeidet ved

hjelp av hoved- og underkategorier som ble identifisert i analyseprosessen. Dette vises i tabell 4.

Hovedkategori 1 definerer jeg som avdelingsleders styrende funksjon fordi ledernes påvirkningskraft uttrykkes ved at de gjør aktive og målrettede tiltak som igangsettere og pådrivere for systematisk etikkarbeid, de to siste er definert som underkategorier.

Hovedkategori 2 definerer jeg som avdelingsleders støttende funksjon, fordi analysen viser at avdelingslederne veileder og gir faglig støtte til personalet i avdelingens etikksatsing, de to siste er dermed definert som underkategorier. Den tredje kategorien har jeg definert som avdelingsleders holdningsskapende funksjon fordi det er tydelige funn på at gode holdninger og etikk er høyt prioritert av lederne både i deres kommunikasjon overfor personalet, og at de prøver å påvirke gjennom å fremstå som gode rollemodeller. Denne hovedkategorien har underkategoriene verdiorientert fokus og rollemodell. Begrunnelsen for inndelingen i kategori 3 er at menneskers holdninger blir sterkt påvirket av de verdiene de har. Ledernes fokus på verdier kan det medføre endrede holdninger hos personalet, fordi holdninger kan endres raskt (Kaufmann, et al, 2011). Denne kategoriseringen ble av den grunn en logisk abstraksjon av funnene, slik jeg vurderer det.

Tabell 4

Hovedkategori 1	Underkategori
Avdelingsleders styrende funksjon	Igangsetter
	Pådriver

Hovedkategori 2	Underkategori
Avdelingsleders støttende funksjon	Faglig støtte
	Veileder

Hovedkategori 3	Underkategori
Avdelingsleders holdningsskapende funksjon	Verdiorientert fokus
	Rollemodell

4.3.1 Avdelingsleders styrende funksjon

I begrepet «styrende» ligger det at avdelingslederne har gjort aktive handlinger rettet mot målet om å implementere og vedlikeholde etikkarbeid i sykehjemsavdelingene, og har fungert som igangsettere av etikkarbeidet, og som pådrivere for å opprettholde denne satsingen.

Igangsetter

Funnene viser at avdelingslederne har vært aktive i fasen med innføring av systematisk etikkarbeid, og har hatt en fremtredende funksjon i igangsettingen av etiske refleksjonsgrupper i sine avdelinger. Som igangsettere har de tatt initiativ til fokuset på etikk generelt, og systematisk etikkarbeid spesielt. Fem av lederne har vært refleksjonsveiledere, og fire av dem er det fortsatt. En av lederne som innførte etikkarbeidet og fungerte som refleksjonsveileder for etiske refleksjonsgrupper det første året i sin avdeling, sier eksplisitt at det var hun som måtte «*dra det hele i gang*» (1A).

«...men da forsto jeg, med min bakgrunn, at den eneste som kunne sette dette i gang mer systematisk, det var meg. Men systematisk,.. nå har vi jo lært at det finnes en metode. Den hadde ikke jeg lært den gangen, så det var jo å hjelpe dem til å trekke ut hva som er etiske dilemmaer, og det kunne ikke veilederne gjøre»(1A).

Også ved de andre institusjonene var det lederne som var igangsettere, selv etter at sykepleiere og hjelpepleiere hadde gjennomgått etikkveilederopplæring. Ved flere av sykehjemmene hadde sykehjemmets administrative ledelse en klar forventning om at dette var arbeid de forventet at avdelingslederne prioriterte.

Pådriver

For å vedlikeholde fokuset på etikkarbeidet og gjennomføringen av de etiske refleksjonsgruppene, har det vært helt nødvendig at avdelingslederne har fungert som pådrivere. Avdelingslederne har i varierende grad lagt vekt på dette, og gjort ulike tiltak. Framtredende er det at de stadig har måttet informere personalet om viktigheten av at de planlegger arbeidsdagen slik at flest mulig kan delta i refleksjonsgruppen. På morgenrapporten de dagene de har refleksjonsgruppe har de minnet ansatte om den etiske

refleksjonen. Ved flere av sykehjemmene er det alltid avdelingslederne som tar initiativet, og er pådriveren til refleksjonsstunden framfor noen. Som en av dem sier: «Noen må hele tiden pushe» (2B)

«Jeg ser på det som leder, som mitt ansvar at jeg må rydde plass. Det må jeg sørge for at dette får vi til. Jeg må ha det på agendaen, jeg må flytte på alt annet. Det er like viktig som måltidene er. Jeg har skrevet det opp i boka og dette gjør vi hver gang, og dette gjør vi».

Videre sier hun at: «Det er noen som alltid drar i en annen retning, som mener at noe annet er viktigere» (4A)

På sykehjem hvor den etiske refleksjonen skjer som et samarbeid mellom avdelinger er det også avdelingslederne som bestemmer hvem av de ansatte som skal delta på refleksjonen. Gjør de ikke det så kommer ingen, selv om det står nedfelt i dagsplanene. «Noen vil, og noen vil aldri. Da sier jeg at i dag skal du gå» (1B). Avdelingsledernes rolle som pådrivere blir tydelig ettersom erfaringen til fire av avdelingslederne er at etikkrefleksjon har opphørt i deres fravær av kortere eller lengre varighet, fordi de har manglet pådrivere og ildsjeler. Ved et av sykehjemmene er avdelingsleders funksjon som pådriver for etikkarbeidet så framtrædende at en av deltakerne antar at arbeidet ikke vil bli videreført dersom hun slutter – slik hun ser det har ikke sykehjemmet andre «ildsjeler».

Alle lederne tar opp at de fortsatt må være tydelige på at refleksjon skal prioriteres, samt motivere de ansatte. En av lederne har erfart at de ansatte, i stedet for å delta selv, sender ekstravakter med dårlig norsk språk for å delta på refleksjonsgruppene. Noen må alltid holde det i gang, og det er slik også med andre faste aktiviteter. Det kan ha vært en fast rutine i mange år, men det er: «...like overraskende hver gang». 3A. Det samme gjelder systematiserte refleksjonsgrupper: «..... at det ikke kan bli en rutine etter sååå lang tid?» 3A.

4.3.2 Avdelingsleders støttende funksjon

Funnene viser at avdelingslederne både støtter personalet faglig, samt veileder dem vedrørende etiske spørsmål og i forhold til etisk opptreden. Lederrollen i avdelingens etikkarbeid kommer derfor til uttrykk både gjennom hvordan avdelingslederne følger opp sitt personal, og hvordan de gir tilbakemeldinger i forbindelse med etisk kompetanseheving.

Avdelingslederne fungerer som faglig støtte og veileder i etikkarbeidet, og ved etisk vanskelige situasjoner

Faglig støtte

Fire avdelingsledere tok opp at de jobber med at personalet skal bli flinkere til å snakke med hverandre og være mer tydelig overfor hverandre. I refleksjonsgruppene er det frivillig å si noe, men de sjenerte kan få spørsmål om de har noe å tilføye. *«Kanskje de sier noe neste gang. Andre snakker mye, og det kan handle om trygghet eller manglende trygghet.... Ser de hverandre ofte nok, blir de trygge på hverandre etter hvert».*(1B)

Flere ledere sa at dersom noen er ukomfortable eller utrygge under refleksjonen, blir de aldri presset til å si noe, men avdelingslederne bruker tid på å berolige dem. Det blir formidlet at ingen ting er feil å si, og at man kan avstå fra å si noe, dersom man føler for det. Lederne i denne studien sier at de er opptatt av å øke tryggheten i personalgruppen og mener at refleksjonsgrupper kan være et viktig bidrag i den sammenheng. En av avdelingslederne sier hun opplever at personalet blir tryggere når hun er til stede på refleksjonsgruppen, at hennes støtte og positive feed-back i løpet av refleksjonen blir tatt godt imot av de ansatte.

«Jeg velger ikke å ta opp mine greier der. Jeg prøver å la være å ha meninger om temaet, for jeg vil at det skal være deres fora. Men noen ganger har det blitt litt følelser, at en kan være litt støttende når noen har gjort noe bra, eller har opplevd tøffe ting. Er mer lyttende»... Jeg ser det levende. Jeg ser de har utbytte av det, og det er kanskje litt min måte å se de ansatte på, at jeg tilhører der og kan gi dem litt støtte på ting som har vært bra eller vanskelig. Å gi gode tilbakemeldinger, for jeg ser dem jo ikke, hva de holder på med i klinikken, men i refleksjonen er det min måte kanskje å se de, og kanskje gi litt tilbakemeldinger på. Så er det viktig for meg å prioritere det så lenge de føler at det er viktig for dem» (3B)

Veileder

I noen tilfeller har avdelingslederne erfart at de må veilede enkelte ansatte spesifikt. Det kan være fordi ansatte har en uakseptabel opptreden, eller håndterer situasjoner på en måte som ikke samsvarer med det avdelingslederne vurderer som god praksis.

«Det er noen temaer du ikke tar opp i etisk refleksjon. Det går mer på personene enn på fag, og da blir det viktig å følge opp den personen» (3B)

Når ansatte blir negativt dominerende, og «tillater seg alt» (1A) og andre ansatte vegrer å korrigere sin kollega, og kanskje er litt redd personen, er avdelingslederne tydelige på at dette er deres jobb. Noen av avdelingslederne sier at de «*hele tiden*» finner eksempler på ansatte som verbalt uttrykker at de vet hva god etisk atferd innebærer, men som i praksis kan vise en helt annen opptreden. Selv om det gjelder få personer vurderer avdelingslederne det som viktig at de griper fatt i det. En av avdelingslederne beskriver hvordan hun har prøvd ut ulike måter å håndtere dette på. Ved en anledning var det en ansatt som fikk tilbakemeldinger på at det ofte var uro i avdelingen på hennes vakter. I samtalen dem imellom ble det klart at den ansatte hadde kunnskap om miljøtiltak som kunne skape ro. Avdelingslederen ga denne personene et spesialansvar for å håndtere uro i avdelingen, og vedkommende fikk delta på et kurs som omhandlet temaet. Tiltaket fungerte ikke optimalt, men avdelingslederen mener likevel det er en måte å håndtere slike utfordringer på, - bygge videre på det som er positivt hos de ansatte.

Avdelingslederne er imidlertid tydelige på at, selv om det er sjelden, så hender det at ansatte ikke selv ser hvordan de påvirker omgivelsene sine på en negativ måte. Når det ikke skjer forbedringer etter at ansatte har mottatt veiledning eller deltatt på kurs, ser de det som sin plikt å snakke med ansatte når de har en opptreden som kan gå utover beboerne. Flere av lederne sier eksplisitt at de bruker refleksjoner når de vet at bestemte personer er til stede og at de vinkler et anonymisert tema mot det som er aktuelt for den ansatte. De håper at personen kanskje kan «*vekkes*» ved at situasjoner de har erfart diskuteres på en grundig måte, og at ulike handlingsalternativer kan bli presentert gruppen.

«I stedet for å huke inn ansatt på mitt kontor er det bedre å ta det opp på refleksjonsgruppe... Det å tenke gjennom ting, - da tror jeg at man lærer på en annen måte, enn å bli fortalt hvordan man skal gjøre ting» (2A)

Andre bruker de gode eksemplene, når situasjoner blir håndtert på en god måte, gir de positive tilbakemeldinger og positiv omtale om ansatte blir formidlet. En av avdelingslederne framhever at troen på at rosende omtale fra de som avdelingsledere har stor betydning.

4.3.3 Avdelingsleders holdningsskapende funksjon

Avdelingslederne forsøker å påvirke personalgruppen ved å skape engasjement for etiske spørsmål, og for moralsk, god opptreden. De utøver en holdningsskapende funksjon ved å fremstå som gode rollemodeller, og holde et fokus på verdiladete spørsmål og etiske dilemmasituasjoner i sykehjemsavdelingene.

Avdelingslederne gir uttrykk for at de er svært motiverte for systematisk etikkarbeid og at de etiske refleksjonsgruppene skal opprettholdes i avdelingene og de gjør flere tiltak for å motivere sin personalgruppe i dette arbeidet. Deres holdninger, og motivasjon for etikkarbeid framkommer tydelig i deres uttalelser under intervjuene. Etikk og holdninger har vært en hjertesak i mange år, sier en av dem, og flere trekker fram etikk som grunnlaget for hele omsorgen. Selv om flere opplever tidsknapphet, prioriteres etikkarbeid, både fordi flere av dem erfarer å få positive tilbakemeldinger fra personalet, pasienter og pårørende, men også fordi de selv har tro på det som viktig. Etikerefleksjon anses som nødvendig, og flere mener at det fører til en bevisstgjøring av de ansatte.

Verdiorientert fokus

Flere av lederne sier de prøver å påvirke personalets holdninger ved å fokusere på verdigrunnlaget, etiske dilemmasituasjoner og ved å tydeliggjøre hvilke normer og regler som bør gjelde i avdelingskulturen. De trekker også fram etiske utfordrende situasjoner som de mener at personalet kan lære noe av. De er også opptatt av at personalet kommuniserer på en vennlig og respektfull måte, både overfor brukere og kolleger.

Flere av lederne er opptatt av å skape et klima i avdelingen som gjør at ansatte føler det trygt å gi hverandre respons, og gi uttrykk for egne vurderinger og meninger. De prøver å stimulere personalet til å gi hverandre positive og mindre positive tilbakemeldinger, selv om flere erfarer at det siste er vanskelig å få til. Noen ganger har tilbakemeldinger medført konflikter,

men lederne mener det er viktig at personalet får ansvaret for å ordne opp i problemene selv, da åpenhet og tydelighet overfor hverandre er en verdi.

I noen tilfeller tar avdelingslederne opp på refleksjonsgrupper dersom det fremkommer uønskede holdninger i personalgruppen. Et eksempel var en situasjon hvor en ansatt hadde sett en annen kollega gi mat til en beboer mens hun så på TV, og uten å snakke til beboeren. Vedkommende torde ikke si det direkte til kollegaen, men sa det til avdelingslederen. Denne avdelingslederen valgte å ta opp på refleksjon hvordan man gir mat på en respektfull og verdig måte. Hun ønsker å ta det opp på den måten *«slik at ingen føler seg støtt, eller truffet spesielt»* (2A)

Å gjennomgå sykehjemmets verdigrunnlag under i medarbeidersamtaler og i andre forum er et virkemiddel flere ledere har brukt for å øke den etiske bevisstheten i personalgruppen, og for å holde verdiene levende. En av avdelingslederne beskriver hvordan hun sammen med de ansatte har arbeidet med å konkretisere sykehjemmets verdigrunnlag i det de kaller for felles spilleregler. Gjennom samtaler har de blant annet konkretisert hvilke forventninger de har til hverandre med hensyn til vennlighet og høflighet, at man hilser på hverandre, at man ikke snakker om hverandre, pasienter eller pårørende på en lite flatterende måte. I spillereglene sier de også at de skal gi hverandre tilbakemeldinger dersom det de har bestemt i fellesskap brytes, og at dette ikke bare er avdelingsleders ansvar, men et felles ansvar.

«Personalet syntes det var kjempevanskelig å gi tilbakemeldinger til hverandre. Men jeg føler de er blitt flinkere. De har ofte kommet til meg og «tømt» seg litt. Så har jeg i stedet for å gå inn i det selv, så har jeg oppfordret dem til å gå inn i det selv først. De har på en måte blitt tvunget til det, for det blir liksom ikke bedre hvis du ikke tar det opp, og selvfølgelig blir det en konflikt av det, men jeg prøver først å la dem ordne opp selv» «De føler det ille å bli innkalt til avdelingsleder, og så er det kanskje bare en «filleting», som de kanskje kunne ha ordnet opp selv» (3B)

Det kan også være noen fallgruver i refleksjonsarbeid, - at det får et negativt og lite løsningsorientert fokus. Avdelingslederne er opptatt av at refleksjonen må ledes i riktig retning for at den ikke skal bli negativ og *«kos med misnøye»* (4A), men utviklende og konstruktiv. Avdelingslederne mener de har en viktig holdningsskapende påvirkningskraft, men de ser også at det er noen begrensninger:

«Som leder kan jeg aldri gå inn å gjøre noe med et menneskes holdning og standpunkt. Så det grunnleggende som ligger hos mennesket, for det er så forskjellig. Jeg kan vekke noe, og noe kan utvikle seg, mens andre igjen ser jeg har totalt endret seg. Men jeg ser at det er noen jeg ikke klarer å endre holdningene hos, for de synes de er fornøyd med seg selv på en måte. Jeg har en som utalte: Jeg har ingenting å lære. Jeg har alltid tenkt etikk, jeg har alltid gode holdninger. Jeg har ingenting å lære. Da har du lyst til å gi opp, og egentlig burde jeg kanskje det, men jeg gjør jo ikke det da.»
(4A)

Rollemodell

Flere av avdelingslederne sier de går bevisst inn for å framstå som gode rollemodeller, og håper med det å kunne påvirke personalet på en positiv måte. En poengterer at det er viktig at hun som avdelingsleder følger prinsippene man i avdelingen er blitt enige om, og ikke handler motsatt av det hun har formidlet at andre skal gjøre. På den måten kan avdelingsleders atferd ha en «smitteeffekt». Så lenge man viser hverandre gjensidig respekt, at avdelingsleder lytter til de ansatte, og de ansatte til avdelingsleder, så har det en smitteeffekt for hvordan man forholder seg til hverandre.

«Jeg tror det er viktig å være en god rollemodell, at jeg møter personen med min egen etikk,... at jeg møter personen slik jeg ønsker at han møter andre. Se personen,... anerkjennelse. Støtte dem i vanskelige situasjoner, veilede,... snu på ting så det blir indirekte korrigerende» (4A).

Funnene er eksempler på målrettede tiltak rettet mot personalgruppen for å bidra til interesse og kunnskap om etikk og moralsk opptreden. Avdelingslederne har bestrebet seg på å opptre som gode rollemodeller i avdelingene og slik bidra til etisk bevisste, gode holdninger og god, etisk opptreden overfor beboere, pårørende og kolleger.

At avdelingsleders funksjon i etikkarbeidet har vært krevende, er noe flere av deltakerne i min studie trekker fram, og som dette utsagnet er et eksempel på:

«Jeg hadde egentlig lyst til å kutte ut. Jeg kjente at jeg var litt alene, og følte litt motstand også i en periode. Den motstanden kom med et stikk, og det syntes jeg var veldig ubehagelig. Tenkte: Vil jeg dette? Gikk noen runder med seg selv. Hva handler dette om? Er det jeg som skal føle meg vel? Føle meg godtatt, få ros, eller handler det faktisk om det at det etiske nivået i avdelingen skal opp? Og hvem styrer det? Jeg følte bare at jeg var et redskap til å få dette til å gå. Så fikk det være vondt.»4A

4.4 Etikkarbeidets betydning for personalgruppens etiske kompetanse og for det kollegiale samarbeidet i avdelingen

I dette kapittelet presenteres funn sett i forhold til forskningsspørsmål 2, som spør hvilken betydning det systematiske etikkarbeidet erfares å ha på personalgruppens etiske kompetanse og for det kollegiale samarbeidet i avdelingen.

Analysearbeidet har identifisert to hovedkategorier, med underkategorier, som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5

Hovedkategori 1	Underkategori
Økt oppmerksomhet på etikk og etiske spørsmål	1. Evne til refleksjon
	2. Bevissthet på etiske spørsmål
Hovedkategori 2	Underkategori
Faglig trygghet	1. Åpenhet
	2. Toleranse

4.4.1 Økt oppmerksomhet på etikk og etiske spørsmål

Flere avdelingslederne sa under intervjuene at det var vanskelig å peke på konkrete og målbare effekter hos de ansatte som følge av etikkarbeidet. Allikevel mente samtlige at etikkarbeidet har resultert i en styrket etisk kompetanse blant de ansatte. Deres oppfatning er at etiske refleksjoner har ført til at ansatte er blitt mer bevisstgjorte i forhold til etikk og etiske dilemma, og det har styrket deres evne til refleksjon. Det har medført en kompetanseendring, og til at flere, i gitte situasjoner, ser flere alternativer til situasjoner som tas opp. Det igjen har medført endret atferd og handlingsmønster som følge av sine nye innsikter.

Evne til refleksjon

Alle avdelingslederne opplever at personalet har vokst mye på å delta i etiske refleksjoner, og at de som har lagt fram utfordrende situasjoner i refleksjonen, opplever å ha fått en annen måte å se problemene på. De har prøvd å håndtere situasjonene på nye måter etter gjennomgang i refleksjonsgruppen. Personalet har også signalisert utbytte av å få tilbakemeldinger på situasjoner de allerede har håndtert på en bestemt måte. Sammenliknet med før, opplever avdelingslederne sjeldnere at personalet strever med å håndtere utfordrende situasjoner. I større grad enn tidligere erfarer avdelingslederne at de ansatte mestrer samhandlingssituasjoner med pasienter og pårørende. Mange er blitt mer fleksible som en konsekvens av etisk refleksjon, og de som legger fram saker i refleksjonsgruppen er de som er mest fornøyd.

Flere mener at refleksjon har den effekten på personalet at det er personlig utviklende, og at personalet «ikke bare går i den samme tralten rent kunnskapsmessig» (2A). Avdelingslederen utdyper dette ved å si at:

«Ansatte sier at jobben føles utfordrende hele tiden fordi man reflekterer rundt ting. Ellers så kan man oppleve at: Hva er det som er så utfordrende her? De skal opp, og de skal legge seg igjen. Altså, noen ser jo bare den biten. Hvis man ikke reflekterer så gjør du det. Ved refleksjon så ser man det som gøy, og man ser de små forskjellene»
(2A)

Det tas opp at det er mye faglighet i refleksjonen, og det oppleves positivt. Noen kan gråte og le under refleksjon, men de får det igjen i økt faglighet. Fokus rundt pasient- og

brukerrettighetslovens tvangsparagraf (kap. 4A) har gitt personalet et annet syn på tvang. De mener at mange er blitt flinkere til å vurdere alternative løsninger, og at det er noe av forklaringen på at de i avdelingene ikke behøver å fatte så mange tvangstiltak. Personalets bevissthet på egne holdninger og opptreden, gjør at de er blitt bedre til å etablere tillit hos pasienter og pårørende.

«Når spesielle utfordringer tas opp i etisk refleksjon, så kan man sette en standard for hvordan personalet skal være, og så gjør alle det på samme måte, og da blir det ikke de snille og de slemme, men en veloverveid og konsekvent væremåte. Det gir også en trygghet i personalgruppen».(1B)

Personalgruppen i en avdeling fant nye handlingsalternativer i en vanskelig pårørendesak etter at saken var gjennomgått i etisk refleksjon. Pårørende syntes moren lå for mye, mens de ansatte ikke fikk motivert beboeren til å være mer oppe. 1B sier: *«Du står liksom i en følelsesmessig smørje av redde pleiere, sinte pårørende og en dame som vil bestemme over sitt eget liv»*. Både lederen og personalet håndterte situasjonen på en ny måte etter at saken var grundig gjennomgått i etisk refleksjon, ved at de fikk en felles standard.

Noen ansatte har kommentert at det har vært fint å få satt ord på viktige saker i refleksjonsgruppen, og andre har sagt at de har tenkt på temaene som tas opp i refleksjoner, lenge før de tas opp. Refleksjonen setter i gang tankeprosesser, og personalet snakker om temaene også etter at refleksjonene er avsluttet. Personalet er blitt flinkere til *« å ta i tingene »* (2B) i stedet for å legge skylden på pårørende, eller vanskelige pasienter, og personalgruppa stiller spørsmål ved dagens praksis. Ettersom personalet har forskjellige måter å løse utfordringer på er det viktig å høre andres synspunkter.

«Jeg har veldig mange tilbakemeldinger på at minuttene er veldig viktige for veldig mange» (2A)

Funnene viser også at noen ansatte opplever at deltakelse i etiske refleksjonsgrupper er utfordrende, dels fordi de syns det er vanskelig å snakke om situasjoner de ikke har mestret på en tilfredsstillende måte, dels fordi de syns det er ubehagelig å si noe i store sammenhenger, og er redde for å dumme seg ut. De kan snu seg bort og signalisere at de ikke har lyst til å si noe. Men så kan noen nikke litt, og lederen ser at de følger med, og lytter. Man kan på den

måten anta at refleksjon gir en form for utbytte for alle i gruppen, og at det oppleves som en læresituasjon.

«Jeg personlig tror det er veldig allright med forskjellige metoder, og at man får utfordret seg selv litt, men det er nettopp der det ligger. Det blir ubehagelig at du på en måte må utlevere deg. Det er mye mer trygt hvis det dreier seg om situasjoner eller dilemmaer du har stått i,... i avdelingen, ikke sant? Du blir ikke utfordret slik på det personlige plan. Selv om jeg absolutt tror det er like nyttig med andre metoder, andre temaer. Samtidig er det viktig at personalet skal få utbytte av det og ikke opplevd det som en negativ greie» (3A)

Bevissthet på etiske spørsmål

Alle avdelingslederne tar opp at de har merket en positiv utvikling i personalgruppen, og at de fleste ansatte er blitt mer bevisste etter at de begynte med etiske refleksjoner. De gjelder særlig i forhold til lovverket, og det faktum at rutiner ikke må følges til punkt og prikke, hvis pasienten ikke ønsker det.

«De blir tvunget til å tenke på hvorfor man gjør ting, på regler, jus og verdier, hvem det kan gå utover og hvem som er involverte parter»(1B)

En avdelingsleder sier at hun før refleksjonen avsluttes alltid spør om det er noen som har endret syn, eller tenker annerledes rundt temaet som er tatt opp, og veldig ofte opplever hun at det har skjedd.

«En hjelpepleier kom med et eksempel: Vanligvis går det på automatikk at jeg går inn til en beboer, men så gikk det opp for meg at jeg ikke kan møte mennesker på denne måten. Jeg vil jo ikke bli møtt sånn, og det har jeg aldri tenkt på før. Så når jeg går inn nå så ser jeg mennesket inn i ansiktet og så smiler det til meg. Folk er bevisst at det er holdningen det handler om» (4A).

Endringen som har skjedd og som tilskrives etisk refleksjon, beskrives som at personalet har hatt en «oppvåkning» (4A). Avdelingslederne mener at de nå ser resultater av at de har holdt ut lenge, og at de har gjort dette på en systematisk måte. «Det er etikk i alt» (4A), både i forhold til hvordan maten blir servert, hvordan man snakker til beboere og hvordan man generelt møter mennesker. De er aldri tom for tema til refleksjonstiden, snarere motsatt. Når

episoder oppstår begynner personalet å tenke på det etiske i situasjonen. De er blitt mer bevisste, og revurderer sine tidligere handlingsmønstre. Når de eksempelvis skal dusje en person som nekter, innser de at de kan prøve senere på dagen, eller en annen dag, og ikke behøver å presse beboeren. Personalet er blitt tryggere til å diskutere, blitt mer fleksible og løsningsorienterte.

«...det er mange ting som kommer opp i refleksjonen som gjør at vi har endret praksis. Det er....noe kommer fram, .. og vi har gjort noen grep som endrer rutinene. Altså ikke akkurat endret i refleksjonen, men at det skjer ting etter det. Så det kan være at det berører praksis direkte med tanke på at en har endret konkret prosedyre, eller ser at her foregår det praksis som er helt uakseptabel». (3A)

Det er også eksempler på ansatte som ikke er like positive, og som ikke opplever etikkarbeidet som lærerikt og ”ikke forsto vitsen” med arbeidet. Det gis også eksempler på at ansatte har forsøkt å unngå refleksjon når leder ikke har vært tilstede, ved at de har sendt tilkallingsvakter på refleksjonsgruppe i stedet for å gå selv. Implementering av etikkarbeid har derfor også noen utfordringer, og dette drøftes nærmere i kapittel 5.

4.4.2 Faglig trygghet

Funnene i denne studien viser at systematisk etikkarbeid og etiske refleksjonsgrupper kan ha betydning for samarbeidet i personalgruppen, for graden av åpenhet og trygghet ansatte i mellom og for toleransen overfor kollegaer. Dette er faktorer som kan påvirke kvaliteten i samarbeidsrelasjoner og arbeidskulturen i avdelingene. Et av spørsmålene i intervjuguiden var om avdelingslederne mente at etiske refleksjonsgrupper har betydning for arbeidsmiljøet, noe de fleste svarte bekreftende på.

Åpenhet

Flere av lederne gir eksplisitt uttrykk for at personalet er blitt mer åpne overfor hverandre som følge av etisk refleksjon. Personalet er ikke lenger så bastante, men åpne for at de skal finne gode løsninger sammen med sine kollegaer. De opplever at ansatte kan veilede hverandre på

en fin og respektfull måte når det har oppstått situasjoner de har reagert på. Det er blitt lettere å si ” *Hvorfor ble det sånn?*”, ” *Hva skjedde?*” og ” *Hva gjorde vi galt?*” (2B)

Alle er også blitt mer opptatt av å snakke åpent ut om saker, at alle skal ha det bra, og at de skal være samkjørte. Etter et personalmøte hvor temaet var etikk, ble fokuset på avdelingen hvordan man som kollegaer skulle behandle hverandre, og hvordan de ønsket å ha det på avdelingen.

«Jeg tror at refleksjon på sikt kan gjøre folk tryggere. - til å tørre. Så lenge de ser at noen tør å være modige i refleksjon, så tenker de at da kan jo kanskje jeg være det også. Så etter hvert så får vi kanskje en smitteeffekt, så det blir litt lav terskel til å si fra til hverandre».....

«Jeg føler vel nå at nesten alle tør å si noe. Det var ikke helt sånn i begynnelsen. Det er kanskje en form man må bli trygg på. Det er jo litt skummelt å utlevere seg selv, for det er jo noe man gjør av og til.» (3B)

Funnene viser at avdelingslederne vurderer at den etiske refleksjonen har ført til at ansatte i løpet av de to til tre årene de har hatt etisk refleksjon, er blitt tryggere til å ta opp situasjoner til refleksjon, og blitt tryggere i arbeidshverdagen. Personalet er også blitt flinkere til å snakke sammen om etikk og etiske spørsmål utenfor de etablerte møteplassene for etisk refleksjon. Selv om det fortsatt er ansatte som synes det er for utfordrende, erfarer avdelingslederne at det generelt sett er flere nå som tør å formidle sine egne meninger, og at også de beskjedne er blitt tryggere og mer åpne. Dette er en trygghet lederne mener kan bidra til å styrke samhandlingen i kollegiet.

Toleranse

«Jeg synes tonen er blitt bedre, og jeg synes folk er blitt hyggeligere mot hverandre, selv om vi nok har noe som jeg ikke ser.»...«Jeg ser en endring i toleransen til hverandre... Det har gjort noe med arbeidsmiljøet vårt» (4A)

Den økte toleransen kan, slik avdelingslederne ser det, ha sammenheng med at de over tid har jobbet sammen med etisk refleksjon. De er blitt vant til å snakke sammen og ikke minst til å lytte til hverandre. Respekten for hverandres synspunkter og vurderinger synes å være framtreddende. *«Det har aldri vært sanksjoner mot noens meninger. Det er nesten rart at ingen er blitt provosert av en annen holdning».* (4A)

Personalet har fått en større forståelse for at oppgaver kan løses på forskjellige måter, og at den ene måten ikke behøver å være bedre enn den andre. Det å ha et forum for etisk refleksjon, og et pusterom i hverdagen med avsatt tid til å drøfte og reflektere over konkrete situasjoner, poengteres som positivt:

«Dette at man sitter flere sammen og kanskje sammen med dem man normalt ikke ville reflektere med, er positivt også for arbeidsmiljøet. Da tror jeg at man blir bedre kjent med kollegaene.» (3A)

Den positive endringen til tross, respekten for hverandres ulikheter både i oppfatninger og måter å utøve sin praksis på, er likevel en utfordring. *«Dette med å gi direkte tilbakemeldinger er en utfordring. Vi avdelingsledere opplever at det er en gjenganger i dette yrket» (3A).*

4.4.3 Etikkarbeidets antatte betydning for relasjonen til brukerne av sykehjemstjenesten

På dette punktet gir studien få og usikre data. Samtlige avdelingsledere sier at de får både positive og negative tilbakemeldinger fra brukerne om hvordan de opplever seg behandlet, og ikke overraskende er de fleste fornøyde. Men hva som er forklaringen på at noen er tilfredse, og andre ikke, er trolig kompleks. Kanskje har tilfredshet sammenheng med det systematiske etikkarbeidet og det økte fokuset på etikk og holdninger i avdelingene, kanskje har det helt andre årsaker, for eksempel erfarer lederne at graden av, og typen tilbakemeldinger påvirkes av brukergruppen. På grunn av demenslidelse eller andre sykdomstilstander, er det mange av sykehjemsbeboerne som ikke klarer å utrykke seg på en relevant måte. I det hele tatt, dette er et spørsmål avdelingslederne synes er vanskelig å besvare og bare en av lederne har spesifikt fått tilbakemeldinger fra beboere som kan settes i direkte sammenheng med det økte fokuset på gode holdninger og moralsk opptreden.

4.5 Viktige faktorer for opprettholdelse av avdelingens etikkarbeid

Det tredje forskningsspørsmålet er hvilke faktorer som erfares å være viktige for opprettholdelse av det systematiske etikkarbeidet i en sykehjemsavdeling. Analyseprosessen har identifisert som hovedkategori at etikkarbeidet må gi en opplevelse av faglig utbytte, og som underkategorier: avsatt tid og systematikk, samt ressurspersoner. Disse faktorene bidrar særlig til å fremme kontinuiteten av systematisk etikkarbeid i sykehjemsavdelinger, se tabell 6.

Tabell 6

Hovedkategori	Underkategori
Opplevelse av faglig utbytte for deltakerne	1. Avsatt tid og systematikk
	2. Ressurspersoner

Avsatt tid og systematikk

Etikkarbeidet må være systematisert, og tid må være avsatt til etisk refleksjon. For å bevare kontinuiteten må etikkarbeid stå høyt på prioriteringslisten, og ikke blir nedprioritert i kampen mot de mange gjøremål i avdelingene. Personalet må få hjelp til å organisere arbeidsoppgavene sine så de kan frigjøre tid til å delta i refleksjonen. Avdelingslederne påpeker at det er dem som må ta ansvaret for å «rydde plass» til refleksjonstid, men sier samtidig at det er krevende i en hektisk arbeidshverdag.

Alle sier det er viktig å få implementert refleksjoner som en fast rutine i avdelingen, og at det må plottes inn på årsplaner, slik at det erfares som en vane for personalet. I planleggingen må det bestemmes et fast tidspunkt på dagen som muliggjør gjennomføringen av refleksjon, også på de travle dagene. Alle avdelingslederne i studien har valgt tidspunkt hvor det er mange ansatte på jobb og færre andre organiserte oppgaver. Innimellom erfarer de likevel at refleksjonen må utsettes på grunn av andre gjøremål.

«Det fungerer ikke dersom det ikke er systematisert og at det er struktur for hvordan man skal jobbe systematisk med etikkarbeidet.» (1B)

Mangel på tid er en så framtrædende del av avdelingsledernes arbeidshverdag, at prioritering av etisk refleksjon krever at de virkelig *«brenner for det»* (2B).

Det må også reflekteres rundt temaer som anses som viktige og aktuelle, og personalet må oppleve at de har et faglig og personlig utbytte av refleksjonen. Alle lederne sier de ofte erfarer gode diskusjoner under refleksjonene og at personalet opplever disse stundene som utbytterike. Det som påvirker personalets opplevelse, er hvilke tema som tas opp, hvor trygge personalet føler seg på hverandre, samt aktiviteten og engasjementet i gruppa. Det er igjen er påvirket av deltakerne i refleksjonsgruppen.

En leder sier at for noen i hennes avdeling er det blitt et *«must»* å ha etisk refleksjon fordi avdelingen har mange etiske dilemmaer. Før helgen hender det at helgevaktene kommer på fritiden sin for å ta opp til refleksjon etiske dilemmasituasjoner de forventer vil komme opp på deres arbeidshelg, og som de ønsker innspill på for å håndtere på en god måte. En annen leder sier hun har så mange oppgaver som må prioriteres, at forutsetningen for at hun skal prioritere tid til etisk refleksjon, er engasjerte ansatte. Positive tilbakemeldinger fra personalet motiverer avdelingslederne til å gi prioritet til etikkarbeidet. Det gjør praksis *«levende og utbytterik»* (3B).

Tre avdelingsledere tar eksplisitt opp at det har betydning at deltakerne i refleksjonsgruppen har en språkforståelse for norske, abstrakte begreper for å få utbytte av refleksjonen. Selv om flere er flinke til å spørre, så blir ikke refleksjonen like utbytterik dersom flere ikke forstår hva begreper som «verdi», «respekt» eller «myndighet» innebærer.

«Ja, så er det en utfordring det også, for det er jo mange som ikke er norske her da, og har du grupper hvor det ikke er en eneste norsk som kommer på gruppa, så er det faktisk en utfordring, både språkmessig og kulturelt.» (1B)

Tilbakemeldinger fra ansatte om opplevd utbytte og nytte, er viktig for at avdelingslederne skal opprettholde motivasjon for videre satsing. Flere tar opp at motstand i personalgruppen eller mangel på positive tilbakemeldinger, gjør at de lettere vil gi opp. Det kan også være en utfordring hvis de ikke ser tydelige og konkrete resultater av satsingen. Ansattes ønske om at

etikkarbeidet skal fortsette, bidrar til at lederne etter tre år med etisk refleksjon fortsetter å prioritere det.

Refleksjonsteknikken som anvendes synes også å være viktig for opprettholdelse av refleksjonen, og lederne mener at det er viktig at de benytter seg av metoder som personalet er tilfredse med. Når det gjelder refleksjonsmetoder er det store variasjoner mellom de syv avdelingene lederne representerer. De som benytter etisk refleksjonsmodell gjør det fordi den oppleves grundig og man får vurdert en sak fra ulike sider før det konkluderes. De som bruker refleksjonskort vurderer det som lett å ta frem, det krever ikke forberedelse, tar liten tid og gir en opplevelse av å ha brukt tiden på noe nyttig og lærerikt. Flere avdelingsledere har opplevd at personalet har følt seg ukomfortabel når enkelte refleksjonsteknikker ble brukt, og at de ansatte framfor noe ønsker en ”åpen refleksjon”.

«Personalet liker de åpne refleksjonene best,... for da kan de styre selv hvor mye de vil utlevere. Det er ikke alle som har sansen for «fiskebollegreiene» for de føler at det blir... sånn kunstig. Så den åpne har vært den mest vellykka» (3B)

Det brukes altså ulike refleksjonsteknikker ved de fire institusjonene. Refleksjonsteknikkene innebærer at det er forskjeller med hensyn til hvor dyptgående refleksjonen blir. Denne kjennesgjerning diskuteres i kapittel 5.

Ressurspersoner

Nødvendigheten av ressurspersoner som fungerer som etikkveiledere og pådrivere framheves av samtlige deltakere i studien.

Gode og strukturerte etikkveiledere med engasjement «smitter» over på dem som deltar. Etikkgruppene fungerer fint når etikkveilederen er systematisk og har kompetanse til å lede gruppen, kan de metodene som brukes og er en god organisator. *«Jeg tror noe av det viktigste er å ha refleksjonsveiledere som prioriterer det, og synes det er viktig,... som brenner for det»(3A)*

Tilbakemelding fra noen av etikkveilederne er at det kan være en utfordring at personalet er så forskjellige. Noen er veldig dominerende og noen er veldig stille. Å dempe de dominerende

og spørre dem som er stille kan være en krevende oppgave viser tilbakemeldinger avdelingslederne har fått. Noen avdelingsledere har erfart at ansvaret ble opplevd som så tungt at etikkveiledere har trukket seg. Ikke alle, men noen av avdelingslederne har erfart at en ordning med at flere ansatte på avdelingen kan påta seg ansvaret for etikkrefleksjonen gjør at ansvaret oppleves mindre belastende. Det gjør også at etikkveiledere kan være stedfortredere for hverandre og avlysning av refleksjonen skjer da svært sjelden.

Særlig de som har rollene som pådrivere og etikkveiledere fremhever behovet for faglig skolering og veiledning i etikkarbeid og refleksjonsteknikker. Denne skoleringen er viktig før implementering av systematisk etikkarbeid, men også i den videre prosessen. Oppfølging anser de som viktig for å motvirke slitasje.

«Man kan ikke kjøre de samme greiene i år etter år, men finne på nye ting for å gjøre det litt spennende for ansatte Jeg trenger etter hvert noen nye innspill» (3B).

Fem av syv ledere poengterte viktigheten av skolering. Dels gjennom opplæring i refleksjonsteknikker, dels gjennom erfaringsutveksling ved å få delta i ledernetverk hvor etisk refleksjon inngår som tema. Flere påpeker at det kan være lett å gi opp hvis det bare stilles krav om hva man skal gjøre, og ingen tilbud. *”Jeg ble bare irritert det første året. Det kom et lass med papirer og jeg fikk ingen opplæring” (1A).*

Deltakelse på etikk-kurs og etikk-seminarer beskrives som viktig for å opprettholde engasjement og videre satsing. *«Jeg følte jeg ble drevet framover» (4A)* sier en av lederne om egen deltakelse på etikk-kurs.

«Som organisator og tilrettelegger for etisk refleksjon i egen avdeling har jeg også behov for veiledning og påfyll.... Ja, det er nesten avgjørende for at du skal overleve dette her, for det er et kondisjonsarbeid. Altså, du skal ha kondisjon for å holde på med dette, hvis du ikke får påfyll selv» (4A)

Mens noen avdelingsledere, sporadisk har hatt etikk oppe på ledermøter, er et eget forum hvor de kan ta opp og drøfte etiske problemstillinger de som ledere står overfor et savn. Et slikt forum mener de vil styrke deres evne til å være gode motivatorer i sine avdelinger.

Det er viktig at lederne ikke er alene om å ta tak i etikkarbeidet, men at hun har med seg både personalgruppen og andre ressurspersoner ved institusjonen.

«Den viktigste faktoren for å lykkes med etikkarbeid er å ha pådrivere, noen som ikke lar det ligge, men tar tak i det.....man er avhengig av noen setter i gang ting. Sånn er det med andre ting i avdelingen også,..... Du må brenne litt for det selv, ellers koker det bort i kålen» 2B

Overordnet ledelse fremheves som essensielt av flere respondenter, og at ledelsen har aksept for tidsbruken. Noen ledere ved andre institusjoner har opplevd at toppledelsen har trukket seg vekk, og sagt at ansatte gjerne må jobbe med etikkarbeid, men at de ikke har tid. *«Hvis det ikke er implementert og du ikke har goodwill fra ledelsen, så er det dødfødt» 4A.*

De føler at etikkarbeid har vært enklere å gjennomføre de siste årene etter at overordnet ledelse har vært tydelig på at etikk skal prioriteres. De får oppgave i å fullføre noe i avdelingen og dette blir tatt opp ved neste ledersamling. Det oppleves å være en rød tråd i denne prosessen, og det forventes at avdelingslederne følger dette opp.

«Overordnet ledelse har tatt et tydelig grep om det med verdigrunnlaget deres, og om ikke tvunget oss, så oppfordret sterkt til å dra det ned på avdelingsnivå» 3B

Det er viktig at flere ansatte på huset jobber med det samme, og at overordnet ledelse klarer å få inn gode forelesere, for å gi alle et puff, nye innspill, og finne nye måter å systematisere etikkarbeidet på.

«Det skal gjennomsyre hele organisasjonen» 2B

Flere avdelingsledere kommenterer at det vil være en stor fordel om det avsettes økonomiske midler til ivaretagelse av etikkarbeid. Ettersom avdelingsledere har veldig mange arbeidsoppgaver, foreslås det at andre enn avdelingslederne skal drive etikkarbeidet:

«Vi skal være blekksprut. Tror kanskje det skal være avdelingsleder som fastsetter tidspunkt og får det på timeplanen, men at kanskje andre driver det» 1B

Noen av intervjupersonene er kjent med flere institusjoner hvor systematisk etikkarbeid ikke gjennomføres fordi avdelingsleder eller institusjonsledelse ikke er engasjert i dette arbeidet.

*«....Så du må ha noen **primus motorer** ellers klarer du det ikke». 4A*

5 DRØFTING AV FUNN

Oppgavens problemstilling ”Hvordan vurderer avdelingsleder i sykehjem egen betydning i etikkarbeidet, og etikkarbeidets betydning for tjenesten?», danner utgangspunktet for drøftingen av funn. Kapitlet er organisert ved hjelp av tre underkapitler hvor studiens funn er ytterligere abstrahert. Konstruerte overordnede begreper utgjør en syntese av studiens empiri. Drøftingen struktureres i tre underkapitler, som til sammen vil besvare problemstillingen. Funnene drøftes i forhold til studiens teoretiske referanseramme.

5.1 Avdelingsleder er primus motor i avdelingens etikkarbeid

Funnene viser at avdelingsledere har mange og sammensatte funksjoner i avdelingens systematiske etikkarbeid både i form av styrende, støttende og holdningsskapende funksjoner. Avdelingslederne er å betrakte som en «primus motor» i arbeidet. I begrepet primus motor legger jeg at det systematiske etikkarbeidet er fullstendig avhengig av avdelingslederen, hun er den personen arbeidet står seg, eller faller med.

Selv om avdelingene også har mange personer som fungerer som «hjelpemotorer», ansatte med stort engasjement for å delta i etisk refleksjon og ansatte som fungerer som ressurspersoner i arbeidet, så er avdelingsleder primus motor.

Iverksetting av endringsprosesser

Innføring og gjennomføring av etikkarbeid i egen avdeling, innebærer å etablere nye rutiner og systemer og «rydde plass» for gjennomføring av endringene (Kaufman et al, 2011). I vellykkede endringsprosesser fungerer avdelingslederne som kontinuitetsbærere. Dersom «hjelpemotorer» svikter, som for eksempel når ansatte som har påtatt seg å være ressurspersoner, trekker seg underveis, må avdelingsleder være hovedmotoren for at satsingen skal fortsette. Flere av avdelingslederne pekte på startfasen og ansattes motstand mot den nye måten å arbeide på som krevende. Motstand mot endringer er velkjent ved organisasjonsutvikling, og kraftfelt- modellen til Lewin tar høyde for denne forventede

motstanden (Lewin 1951, i Bang, 2011). Motstand mot endringer kan forklares med manglende trygghet ved nye oppgaver og mot endrede krav knyttet til jobben. Motstand kan også bero på manglende innsikt i hva endringen faktisk innebærer.

Busch (2012) beskriver verdibasert ledelse som en målformulerende, problemløsende, språkskapende og verdiutviklende prosess. Lederes oppgave blir å klargjøre for de ansatte målsettingen med etikkarbeid og sette ord på hva som ligger i verdibegrepene. Vegring mot nye oppgaver kan som nevnt også være begrunnet i manglende motivasjon eller forståelse for oppgaven. Som leder er det da viktig å tydeliggjøre hvilke forventninger hun har til den enkelte ansatte i forbindelse med endringsarbeidet, men like viktig er det å være en nærværende leder som ser den enkelte ansatte, tilbyr personlig oppfølging og motiverer de ansatte for endringene, både i forhold til nye oppgaver eller nye måter å arbeide på som ved systematisk etikkarbeid (Kaufmann et al, 2011).

Mine funn viser at implementeringen av systematisk etikkarbeid gikk lettere når flere i kollegiet hadde deltatt på kurs og fått opplæring i etisk refleksjon. For meg illustrerer det viktigheten av å forankre nye arbeidsmåter, ikke bare hos enkeltpersoner, men i kollegiet som helhet. Personalet må forstå meningen med nye satsinger, og anerkjenne at dette kan være positivt for tjenesten, for beboerne, de pårørende og for dem selv. Dette samsvarer med andre studier som viser at en vellykket implementering av nye tiltak og endringer i arbeidshverdagen krever at endringene er forankret både på toppen, det vil si hos ledelsen, og på bunnen, det vil si hos de ansatte i organisasjonen (Gjerberg et al. 2009). Litteratur om endringsprosesser poengterer nettopp betydningen av at ikke bare ledere, men at også de ansatte deltar når beslutninger som berører deres arbeidshverdag skal fattes (Bang, 2011, Schein, 2010).

Et kritisk spørsmål når det gjelder den betydelige endringsprosessen som systematisk etikkarbeid innebærer, er i hvilken grad de ansatte, de som representerer bunnen i organisasjonen har vært involvert. I følge Lewin, 1951 i Bang (2011) er det første trinn i utviklingen av organisasjonskulturer opptiningsfasen, en fase der medarbeiderne selv skal erkjenne at det er behov for endring. Kanskje kan mye av motstanden avdelingslederne erfarer, for eksempel uviljen til å delta i refleksjonen eller til å være refleksjonsveileder, forklares med en mangelfull opptiningsfase. Målet med en implementeringsprosess er at nye rutiner skal etableres som en fast aktivitet i avdelingene, men litteraturen poengterer at endringer i en organisasjonskultur kan være en krevende prosess (Busch, 2012; Bang, 2011).

Ansatte kan utvikle strategier for å unngå å komme i situasjoner de misliker. Kanskje var det å sende ufaglærte ekstravakter på etikkrefleksjon, når lederen ikke var til stede, en slik unnamanøvreringsstrategi fra personalet, for å unngå noe de mislikte og ikke var motiverte for? Og kanskje er forklaringen en mangelfull opptiningsfase. Flere av lederne beskriver situasjoner som tyder på ansattes uvilje eller mangel på motivasjon både til å delta i, og til å veilede den etiske refleksjonsprosessen. Forklaringene som lederne gir, er dels at ansatte føler seg utrygge og er redd for å si noe galt, en annen at etikkveilederrollen er krevende. Det siste bekreftes også i en studie som viste at etikkveiledere (fasilitatorer) hadde behov for tett oppfølging av leder for å bevare motivasjonen for dette ansvaret (Gjerberg & Amble, 2011). Ingen av avdelingslederne vektlegger imidlertid noe om prosessen forut for implementering av etisk refleksjon, opptiningsfasen. Et kritisk spørsmål når det gjelder motstanden lederne erfarer, er i hvilken grad tiltaket etisk refleksjon svarer til et behov som er erkjent av de personene det er ment for. Når ansatte som er valgt ut til å være etikkveiledere, ikke ser hensikten med refleksjonen, kan det tenkes at behovet for etisk refleksjon er et tiltak som mest av alt personer som ikke representerer bunnen, men heller toppen i organisasjonen har erkjent?

Det andre trinnet i modellen for utvikling av organisasjoner kalles endringsfasen (Lewin 1951, i Bang, 2011). Målet i denne fasen er å etablere hensiktsmessig atferd i avdelingen, og finne passende måter å organisere etikkarbeidet på. Det innebærer å finne hvilken form refleksjonsgruppene skal ha, og deretter få dem til å fungere som en del av avdelingens etablerte system. Samtlige ledere syntes å ha funnet både en metode og et fast tidspunkt for refleksjonsgrupper.

Den tredje fasen for organisasjonsutvikling er konsolideringsfasen. I denne fasen skal etikkarbeidet ha blitt etablert som en rutine, og atferden til de ansatte til en viss grad ha blitt automatisert (Lewin, 1951, i Bang, 2011). Spørsmålet er om fast tid og en metode er tilstrekkelig for at et tiltak skal kunne sies å være en del av et etablert system.

Medikamentadministrering, legevisitt, sårbehandling, er alle eksempler på oppgaver man må kunne betrakte som en del av sykehjemsavdelingens etablerte system. Dette er oppgaver som gjennomføres uavhengig av hvem som er på jobb, og ansvaret overlates ikke uten videre til ufaglærte vikarer. Når fast ansatte, i avdelingsleders fravær, i stedet for selv å benytte seg av tilbudet om etisk refleksjon sender ufaglærte vikarer til refleksjonsgruppen, er det betimelig å stille seg spørrende til hvor etablert etisk refleksjon er i avdelingens system.

Funnene tyder på at rutinene ikke er så veletablerte at de er automatiserte. Det var fortsatt behov for at avdelingslederne fungerte som pådrivere. Flere avdelingsledere tror etikkarbeidet i avdelingen vil opphøre uten deres aktive pådriverrolle. Det viser at etikkarbeidet fortsatt ikke var godt nok implementert i avdelingenes faste struktur selv etter flere års systematisk etikkarbeid. Ut fra dette kan man ikke hevde at avdelingene i denne studien er kommet over til konsolideringsfasen.

Innen endringsledelse anbefales det at avdelingslederne sørger for at det utvalgte området, som her er systematisk etikkarbeid, blir gjenstand for systematisk oppmerksomhet fra dem som ledere. Gjerne også fra andre ressurspersoner i organisasjonen som har høy uformell status. Systematisk oppmerksomhet er en av de sterkeste måtene ledere kan kommunisere til organisasjonen om hva de tror på (Bang, 2011). Lederne påtar seg denne rollen, men synes innimellom det kan være utfordrende. Til tross for at det står nedfelt på ukeplaner og halvårsplaner, må lederne være dem som «*pusher*» fordi det alltid er noen ansatte som drar i en annen retning. I helseorganisasjoner arbeider det både profesjonelle medarbeidere og ufaglærte. Noen har behov for tettere oppfølging av sin leder, mens andre er selvgående og utøver stor grad av selvledelse (Busch, 2012). Pådriverrollen blir tydeliggjort ved at to ledere må peke ut ansatte til å delta på refleksjon dersom de selv ikke melder seg. Ledere må være tydelige med hvilke forventninger de har til de ansatte (Busch, 2012). Helsepersonell kan ikke frasi seg tiltak som kan bidra til etisk kompetanseheving. Etske utfordringer er en del av den daglige praksisen i sykehjem, og er noe alle helsearbeidere bør ha kompetanse til å takle. Lovverket og politiske føringer stiller krav om brukermedvirkning, og etisk kompetanseheving for helsepersonell. Velger man et yrke innen helsesektoren, innebærer det aksept av de krav som stilles til yrkesrollen. En studie konkluderer med at det må settes av tid til å håndtere motstand ved innføring av etiske refleksjonsgrupper i sykehjemsavdelinger (Dam et al, 2013). Avdelingene i studien har opplevd ulike grader av motstand i personalgruppen, som en reaksjon på endringene etikkarbeidet har medført, og dette har avdelingslederne forsøkt å løse gjennom sin styrende, støttende og holdningsskapende lederatferd.

Avdelingslederne i studien var særlig opptatt av at personalet skulle ansvarliggjøres, øve seg på selvutvikling, og tørre å utfordre seg selv. Det gjaldt både mestring i å gi direkte tilbakemeldinger til kolleger, og at sjenerte personer skulle mestre å snakke mer under

refleksjoner. Dette er i tråd med intensjonen i lærende organisasjoner, hvor ledere har viktige roller. De bør kontinuerlig tenke læring og utvikling for sine ansatte, både av hensyn til den enkelte ansatte, men også for at organisasjonen skal utvikle ny kunnskap og nå nye mål. Den enkelte medarbeider i organisasjonen må tilstrebe personlig mestring, og lederne på sin side må motivere personalet til å oppsøke læresituasjoner (Filstad, 2012; Senge, 1990). Studier viser at det er vanlig at noen ansatte opplever det krevende å snakke i plenum under refleksjoner, og særlig i den første fasen (Høyum et al, 2011).

En av lederne stiller spørsmål ved hvordan hun skal klare å motivere ansatte til å lære dersom de ikke er motiverte. Hun sier hun ikke kan endre holdninger hos andre, men bidra til at noe «vekkes». Men i følge teori, kan holdninger påvirkes og endres nokså raskt (Kaufmann et al, (2011). Dersom avdelingslederen både i medarbeidersamtaler og i gruppe-refleksjoner tar opp hvilke holdninger som eksisterer hos den enkelte medarbeider og i avdelingskulturen, kan de sammen vurdere om holdningene har negative konsekvenser for praksis. Det kan i sin tur gi erkjennelser som kan bidra til endrede holdninger hos de ansatte. Avdelingslederens ønske om å «vekke» noen, kan derfor i mange sammenhenger gi positive resultater og bidra til endrede holdninger. Endrede holdninger vil i sin tur påvirke handlinger (Vetlesen & Nordtvedt, 1994).

Det gis eksempler på at lederne gir positive tilbakemeldinger og prøver å støtte personalet både i refleksjonsgrupper og i andre sammenhenger. Innen verdibasert ledelse fremheves viktigheten av tilbakemeldinger for å klargjøre overfor ansatte om deres arbeidsutførelse er i tråd med forventningene og målsettingen i organisasjonen (Kaufmann et al, 2011; Busch, 2012). Seks av syv ledere må innimellom korrigere atferden til medarbeidere når den er i strid med organisasjonens etiske standard. Ledere bør ha kunnskapsmål for den enkelte ansatte, og gi dem ansvar for egen kunnskapsutvikling (Filstad, 2012). På den måten kan de ansatte få mulighet til å endre seg, og sette seg nye personlige mål som er i tråd med organisasjonens mål. Avdelingslederne forteller om ulike måter å gi veiledning og tilbakemeldinger på. Flere bygger på det positive, og fremhever det arbeidstakere er gode på. Et verdiorientert ledersyn vektlegger at arbeidstaker og leder jobber mot felles mål, og et virkemiddel for lederen er å kommunisere forventninger, mål og visjoner (Busch, 2012).

I stedet for å ta uheldige situasjoner direkte opp med dem det gjelder, tar to ledere situasjonene opp på generelt grunnlag i refleksjonsgrupper. De ønsker å unngå at vedkommende opplever det som personlig kritikk, og håper at budskapet oppfattes indirekte.

Det vil sannsynligvis «vekke» de fleste, men godt lederskap innebærer å sikre at medarbeideren har oppfatter budskapet, og at leder og medarbeider har felles forståelse av gjeldende normer og verdier. I noen sammenhenger er deres oppfatninger ikke sammenfallende. Det er heller ikke alle som ser det moralsk betydningsfulle i situasjoner ettersom det krever en følelsesmessig innlevelse (Vetlesen & Nordtvedt, 1994; Gjerberg et al, 2010). Denne evnen er ikke like sterkt utviklet hos alle, og noen medarbeidere må ha tydelige tilbakemeldinger fra ledere eller kolleger for å oppfatte den etiske dimensjonen i en situasjon. Målet med etisk refleksjon er å oppøve sensitivitet og økt bevissthet overfor etiske aspekter, og i de fleste tilfeller nås målet. Studier viser at personalet får økt etisk bevissthet gjennom å delta på etisk refleksjon (van der Dam et al, 2013; Amble, 2013; Høyum et al, 2011; Söderhamn, et al, 2014), og funnene i min studie viser også at de fleste oppnår dette.

En leder henviser til en situasjon hvor en ansatt ga mat til en beboer uten å være mentalt til stede i situasjonen. Den ansatte så på TV, og ga maten på en mekanisk måte til den gamle. Dette er et eksempel på manglende moralsk sensitivitet i en situasjon. Det indikerer at den ansatte ikke hadde et bevisst forhold til verdier som respekt, omsorg eller verdig behandling i situasjonen hun var i. Funn fra en studie (Gjerberg, et al, 2010) viste at en del ansatte ikke opplevde etiske dilemmasituasjoner i sin arbeidshverdag i sykehjem, og forskerne antar det kan ha sammenheng med manglende moralsk sensitivitet. Denne situasjonen kan være et eksempel på det.

En leder tror det er mer læring i å tenke gjennom ting på egen hånd, enn å bli fortalt hvordan man skal handle. Dette argumentet kan støttes av læringsteorier fordi læring skjer ved at man kritisk vurderer egne handlinger og valg, og vurderer dem i et nytt lys. Forutsetningen for at dette kan skje, er at den aktuelle arbeidstakeren erkjenner at handlingen ikke er ideell, og er villig til å ta egne handlinger og valg opp til ny vurdering med tanke på endring og ny læring (Filstad, 2012). I denne studien kommer det eksempler på situasjoner hvor ansatte har gjort disse erkjennelsene, men det er også eksempler på arbeidstakere som ikke har denne innsikten og som må veiledes.

De fleste ansatte handler sannsynligvis ut fra en god intensjon og har en oppførsel de mener er den rette, men noen ansatte kan ha en lav grad av etisk bevissthet. Vetlesen & Nordtvedt (1994) beskriver at persepsjon i situasjoner som innehar en etisk dimensjon krever at man bevisst må «se etter» hva som er av moralsk betydning i situasjonen. Det kan en leder veilede

medarbeidere i. En av avdelingslederne sier hun tar samtaler direkte med personen det gjelder dersom uheldige situasjoner har oppstått, nettopp for å formidle budskapet til riktig adressat. Tydelige tilbakemeldinger kan gi trygghet fordi arbeidstakeren da vet hva som er akseptabelt og uakseptabelt i arbeidskulturen (Bang, 2011). Det kan også stimulere personen til økt oppmerksomhet når liknende situasjoner oppstår i fremtiden.

Ledere som har fokus på mennesker og relasjoner, oppnår en høyere grad av tilfredshet i personalgrupper, enn ledere som ikke har dette fokuset (Veer et al 2013). I min studie viser funnene at avdelingslederne er opptatt av å støtte og følge opp enkeltpersoner i sin avdeling. Et støttende miljø er avgjørende for en vellykket implementering (Søderhamn, et. al, 2014). Ledere er generelt de viktigste kulturskaperne i en organisasjon, fordi de har makt til å prege organisasjonen med sine virkelighetsoppfatninger (Bang 2011). I denne studien er det flere eksempler på at lederne følger prinsippene som kjennetegner verdibasert ledelse. De er oppmerksomme på hvordan de skal fremstå overfor personalgruppen, og håper at deres verdier og normer synliggjøres i deres ord og handlinger. Hvorvidt dette «legges merke til» i avdelingene gir denne studien ingen svar på; men den kjensgjerning at lederne både snakker om respekt og verdier, og i opptreden prøver å vise det, mener jeg vil øke mulighetene for at budskapet når fram til personalet. Litteratur viser at ledere kan synliggjøre noen verdier i organisasjonen sterkere ved bevisst å forsterke dem og ved å gi dette området økt oppmerksomhet (Bang, 2011). Verdier som omsorg, og verdighet og betydningen av disse for praksis er jevnlig tema på avdelingsmøter og refleksjonsgrupper.

Noen avdelinger har nedfelt felles spilleregler for personalgruppen, og de er ment å signalisere hvilken avdelingskultur som ønskes. Det er et mål at det eksisterer en felles forståelse av rett og galt, og hvilken opptreden som er ønskelig overfor kolleger og beboere (Schein, 2010). Spilleregler konkretiserer dette. Forutsetningen for at spillereglene skal være styrende for personalets adferd, er at de har et eierforhold til dem, og helst har deltatt på utformingen av dem. Dersom noen har en opplevelse av at andre har bestemt spillereglene, kan det skape motstand mot å følge dem (Bang, 2011; Busch, 2012; Filstad, 2012). Hvorvidt spillereglene følges av personalet i denne studien, sier funnene ikke noe om, men avdelingslederne viser at de gjør tiltak med det mål for øyet å skape en avdelingskultur hvor personalet har felles normer og verdier. Avdelingsledernes målrettede fokus på verdier i organisasjonen er i tråd med tankegangen for lærende organisasjoner. Senges (1990) tredje disiplin sier at lærende organisasjoner må ha mentale modeller som tar utgangspunkt i

refleksjon. Gjennom det skal det utvikles en bevissthet om hvilke holdninger som påvirker tanker og samhandling med andre. Den fjerde disiplin sier at arbeidstakeren i en lærende organisasjon må ha delte visjoner, og må etablere et felles syn på hvilke prinsipper som er nødvendige for at organisasjonen skal oppnå ønsket framtid. Ledere og administrasjon kan i utgangspunktet ha andre mål enn arbeidstakerne, men det er en lederutfordring at den ønskede visjonen deles av alle medlemmene i organisasjonen. Etiske refleksjonsgrupper, etablering av spilleregler og fokus på sykehjemmets verdigrunnlag, er alle tiltak som avdelingslederne i studien bruker tid på for å oppnå målet om delte visjoner i personalstaben.

I følge Busch (2012) må verdibasert ledelse ha minst tre kjennetegn: Den som utøver ledelse må ha personlige verdier som samsvarer med organisasjonen, ha høy etisk standard og være tro mot sine verdier. I denne studien er det flere eksempler på at lederne har flere av disse kjennetegnene; De er opptatt av verdibasert omsorg, formidler sine holdninger i personalgruppen, er oppmerksomme på at de fremstår som rollemodell, og følger opp den etikksatsingen som øverste ledelse i organisasjonen og myndigheter har besluttet. Ut fra det mener jeg at avdelingslederen i studien utøver ledelse etter prinsippene for verdibasert ledelse.

Som en oppsummering av avdelingslederfunksjonen viser funnene at avdelingslederne hadde sentrale roller ved innføring og opprettholdelse av etikkarbeid. Lederes betydningsfulle rolle i etikkarbeid støttes også av andre studier, som konkluderer med at lederen må ha en nøkkelrolle ved å administrere refleksjonsgrupper og oppmuntre personalet til å fortsette (Søderhamn et al, 2014). Støtte fra leder er også viktig for at fasilitatorer skal holde seg motiverte (Gjerberg & Amble, 2011) og innføring av refleksjonsgrupper må aktivt støttes av ledere ved å sikre rammebetingelser og legitimitet i organisasjonen (Gjerberg, Amble, 2009).

Funnene viser altså at til tross for gode etikkveiledere, engasjerte ansatte, som alle er viktige faktorer for å klare å opprettholde/videreføre det systematiske etikkarbeidet i avdelingen, så peker mine funn i retning av at det er nødvendig med en avdelingsleder som er primus motor. Det kan fortolkes av at det er nødvendig med mange små «motorer», men uten primus motor ser det ut som motorens energinivå svekkes og det er stor sannsynlighet for at etikkarbeidet da vil dø helt ut.

5.2 Etikkarbeidet reduserer automatiserte handlinger og styrker samhandling

Under dette punktet diskuteres etikkarbeidets betydning for utvikling av etisk kompetanse, betydningen for det kollegiale samarbeidet og utvikling av arbeidskulturen.

Funnene viser at personalet er blitt mer bevisste på den etiske dimensjonen i pasientsituasjoner, og lettere ser hva som er etiske utfordringer og dilemmasituasjoner. Flere har utviklet sin kompetanse og funnet nye måter å løse etisk vanskelige situasjoner på. Noen har også endret sitt handlingsmønster i gitte situasjoner, etter refleksjon. Dette kan tyde på at personalet i mindre grad utfører automatiserte handlinger i sin yrkespraksis, men heller reflekterer før de handler. Funnene viser flere eksempler på at ansatte har fått en «*oppvåkning*», og en annen bruker begrepet «*automatikk*» når det skal forklares hvordan en ansatt tidligere sa hun handlet. Av den grunn er begrepet automatiserte handlinger konstruert, for å vise at etikkarbeid for noen har medført mindre grad av automatikk og rutine i yrkespraksis.

Individuell behandling er kommet mer i forgrunnen, viser eksempler i funnene. Moralsk opptreden og utvikling av moralsk skjønn, krever en at en lar sine handlinger styres av innlevelse og kunnskap, og at man tar hensyn til pasienters særtrekk (Nordtvedt, 2012). Dette er i tråd med myndighetenes føringer om at pasienter skal få individualisert omsorg (St. meld nr. 29, 2013). Det framkom eksempel på en ansatt som møtte en beboer på en ny måte etter refleksjon. Hun erkjente at hennes tidligere opptreden ikke var i henhold til moralsk praksis. Økt oppmerksomhet er et vesentlig aspekt ved etisk kompetanse. Refleksjoner rundt egen kunnskap og opptreden er viktig for å være i stand til å revurdere om den kunnskapen man har og den atferden man har er rett i den gitte situasjonen (Filstad, 2012).

Personalet er blitt mer oppmerksomme på dilemmasituasjoner og fått økt forståelse for hva deres opptreden betyr for pasientene. Vetlesen og Nordtvedt (1994) poengterer at moralsk opptreden krever persepsjon og dømmekraft før moralsk handling finner sted. Den økte bevisstheten de ansatte har oppøvet, innebærer nye tankerekker og refleksjoner forut for deres handlinger. Når man har tatt inn over seg det etiske dilemmaet i en situasjon, er det dømmekraften som foretar tolkninger og avveininger før handling. Det foregår en frem- og tilbake-prosess mellom persepsjon og dømmekraft, før en veloverveid handling finner sted.

Funnene tilsier ut fra dette at persepsjon og dømmekraft i større grad er involvert i personalets tankerekker før de utfører handlinger. Det vil igjen sannsynligvis medføre høyere kvalitet på omsorgen, men i min studie er det ikke mulig å trekke slutninger om sammenhengen mellom etiske refleksjonsgrupper og økt kvalitet på tjenestene. Andre studier derimot viser at etisk refleksjon fører til økt etisk bevissthet, økt etisk kompetanse og bedre kvalitet på omsorgen til pasientene (Søderhamn, et al, 2014; van der Dam, et al, 2013).

Målet med etisk kompetanseheving må være at nye verdier og holdninger blir internalisert hos medarbeiderne, fordi det vil medføre at verdiene blir styrende for handlinger, også når personalet er alene med beboere (Busch, 2012). Funnene sier ikke noe om det, men det gis eksempler på at noen i personalgruppen har endret handlemønster etter refleksjoner. Noen avdelinger har endret rutiner og praksis etter refleksjon, fordi avdelingspersonalet innså at noen av de innarbeidede rutinene i avdelingen var uakseptable. Dette er eksempler på organisasjonslæring som følge av refleksjon (Filstad, 2012).

I studien framkom det at ekstravakter også deltar på refleksjonsgrupper. Mange av dem er faste helgevakter, men fordi de også jobber på hverdager får de mulighet til å delta på refleksjon. Kunnskapsdeling mellom ansatte i en organisasjon er en viktig form for læring blant voksne (Filstad, 2012). På et sykehjem jobber mange faggrupper, med ulike kompetanser. Å dele erfaring kan gi læring til enkeltindivider i organisasjonen, og som igjen påvirker organisasjonslæringen. Ansatte som ikke har helsefaglig utdanning har kanskje aldri diskutert etiske dilemmaer før deltagelse i refleksjonsgrupper. De kan få innsikt i hva etikk er, og hvilken betydning det har i forhold til samhandling med beboere og pårørende. Studier viser at særlig ufaglærte vil ha nytte av etiske refleksjonsgrupper, for å bli skolert i den etiske dimensjonen i helsefaglige yrker (Gjerberg, Amble, 2009). Dette er viktig da en studie viste at det foregår mer bruk av tvang i helgene og at det settes i sammenheng med midlertidige og uerfarne helgevikarer i tillegg til organisering, bemanning, ressurser og kompetanse (Gjerberg, Hem, Førde, Pedersen, 2013). Tidsnød skaper også uetiske arbeidsforhold (Sollum et al, 2008). Det er en kjensgjerning at gruppen med ufaglærte deltidsansatte er en uensartet gruppe, hvorav mange er ressurssterke og reflekterte personer. Mangelfull opplæring, eller dårlige rollemodeller mener jeg også kan være en årsak til at krenkende behandling forekommer. Jeg vurderer det som særlig viktig at både fagutdannet helsepersonell og ufaglærte ekstravakter sammen kan reflektere, slik funn i denne studien viser at de gjør. Nyansatte tilkallingsvakter kan ha viktige innspill å komme med overfor fagutdannede. De kan

i refleksjoner påpeke aspekter i arbeidskulturen som ikke er så synlig for dem som har arbeidet i kulturen en stund (Bang, 2011; Filstad, 2012).

Nattvakter deltar sjeldent eller aldri på refleksjon, og det framkom heller ingen forslag i studien til tiltak for økt deltagelse. Utfordringen til nattvaktene er at de har en ukurant arbeidstid, med få kolleger på sine vaktskift, og det igjen reduserer deres mulighet for å diskutere dilemmasituasjoner med kolleger. Avdelingsledere på sin side får i liten grad ivarett sitt veileder - og oppfølgingsansvar overfor nattvakter. Det kan være vanskelig å vurdere nattvaktens etiske kompetanse fordi de arbeider til ulike tider. Medarbeidere som i stor grad utøver selvledelse og har stort handlingsrom i sin arbeidsutførelse bør ha et verdsett som er internalisert og er i tråd med verdiene i organisasjonen (Busch, 2012). Selv om det er vanskelig å fange opp om verdier er internaliserte, kan holdninger og verdier synliggjøres i refleksjonsgrupper, samtidig som også nattvakter gis mulighet for å dele dilemmasituasjoner de konfronteres med. Å finne løsninger som gir nattvakter mulighet til etisk refleksjon med flere kolleger, mener jeg bør være et mål for organisasjonene. Det kan bidra til at hele personalgruppen blir samstemte om hvilke prinsipper for god omsorg som skal gjelde, og det igjen gir forutsigbarhet for beboere (Senge, 1990). Det er kjent i helsevesenet at nattvakter som gruppe kan føle seg litt på siden av en avdelingskultur, og derfor kan deltagelse i diskusjonsfora også bidra til en opplevelse av å tilhøre arbeidsteamet og at de er en viktig del av en helheten i organisasjonen (Senge, 1990).

Flere ledere tar opp at de synes det er viktig at personalet får utfordret seg selv ved å prøve ut nye metoder i refleksjonsgruppen, men tror at noen misliker flere av metodene fordi de opplever mindre grad av kontroll og større grad av utrygghet. Noen ansatte må motiveres til å prøve ut nye ting, og rokke ved sin egen trygghetstrang. Med utgangspunkt i alle de krevende situasjoner helsepersonell kan oppleve, er det avgjørende at man oppøver sin evne til å takle nye og utrygge situasjoner. Det gjelder i særlig grad sykepleiere og hjelpepleiere men også pleieassistenter konfronteres med situasjoner som omhandler alvorlig sykdom, sorg, smerte og død i sykehjem. Kompetanseutvikling medfører å utfordre seg selv, og i en lærende organisasjon er det nødvendig at alle arbeidstakerne opplever personlig mestring og har evnen og viljen til å lære (Senge, 1990). Ansatte ble utfordret til å ta vanskelige samtaler med kolleger. Det er en fin læresituasjon, selv om det noen ganger medførte konflikter. Innen organisasjonspsykologi, ses ikke konflikter i en organisasjon på som bare negativt, men snarere heller en nødvendighet for å skape utvikling i organisasjoner. Nye mål dannes

gjennom konflikt og konsensus. Uro og konflikter kan på sikt medføre utvikling og positive endringer (Busch, 2012; Bang, 2011).

Selv om flere ansatte har fått økt kompetanse som følge av etikkarbeid, så gjelder det ikke alle. Tre av avdelingslederne kommer med konkrete eksempler på at ansatte som var umotiverte for å jobbe med etikkarbeid, og en sa hun ikke hadde mer å lære. To ansatte «*så ikke vitsen*» og ville ikke ta ansvar. Forklaringen på deres reaksjon kan være at de fikk en opplevelse av ikke-kontroll, og dermed opplevde vegring. Forandring innebærer at vi må bryte med gamle vaner og mønster, og det kan resultere i motstand. Ansatte kan oppleve etiske refleksjoner som personlig krevende, både fordi de må snakke i gruppesammenheng og må begrunne valg og vurderinger. Studier viser at også andre arbeidsplasser har erfaringen med at refleksjoner kan være utfordrende og personlig krevende for de ansatte (Høyum et al 2011).

Det fremkommer også at for noen ansatte var språkproblemer en utfordring i refleksjonsgruppene. Mange verdibegreper er abstrakte, og tilegnelse av begrepene innhold kan for noen være en barriere stor nok til at de kan kvie seg til refleksjoner. Ledere har en språkskapende funksjon i sin lederrolle, og ved å forklare begrepers betydning kan det gi en forståelse av begrepets innhold for praksis (Busch, 2012).

En gjennomgang av funnene opp mot Senges (1990) fem disipliner viser at alle avdelingene har flere av de kjennetegn som beskriver lærende organisasjoner. Ut fra avdelingsledernes beskrivelser har mange ansatte erfart: 2) Personlig mestring gjennom å prøve ut nye måter å handle på, og oppnådd økt bevissthet vedrørende etiske utfordringer, selv om noen i organisasjonen fortsatt vegrer seg for utfordringer. 3) Mange har utviklet mentale modeller og bevissthet om hvilke verdier og holdninger som påvirker dem når de skal handle. 4) Det fokuseres på å ha felles visjoner og mål i avdelingene. 5) Teamlæring jobber avdelingene med, både i refleksjonssammenheng, og i teamarbeid i pleieteamene. 1) Systemtenkning hvor individene skal forstå helheten og sammenhengen, og oppdage at egne handlinger påvirker organisasjonen og dens omdømme, kan ha vært erkjennelser i personalgruppene, men det har jeg ingen informasjon om. Det er allikevel sannsynlig at dette er sammenhenger som er blitt tydeligere for flere ansatte gjennom refleksjoner.

Alt i alt viser de syv sykehjemsavdelingene at de er på god vei til å innfri myndighetenes målsetting for kommunehelsetjenesten om etisk kompetanseheving samt å være lærende organisasjoner.

Vedrørende samarbeidsrelasjoner er arbeidsmiljøet blitt bedre, personalet fått økt trygghet til å diskutere, og mange opplever mer åpenhet og toleranse overfor hverandre. Liknende funn fremkommer også i andre studier (Amble, 2013; van der Dam et. al 2013). Tryggheten kan være med på å styrke samhandlingen, og det kan øke trivselen, og bidra til at personalet kan støtte seg til hverandre i vanskelige situasjoner. Studier har vist at mange ansatte har etterspurt møteplasser hvor de har mulighet til å reflektere med kolleger (Rognstad et al, 2011; Lillemoen et al, 2012). Å høre kollegers vurderinger kan åpne øynene for nye løsninger, gi nye vinklinger og økt innsikt. Den kjensgjerning at mange studier beskriver krevende etiske dilemmasituasjoner som helsepersonell strever med (Bollig et.al, 2009; Lillemoen et al, 2012: van der Dam et.al, 2012), mener jeg viser viktigheten av å ha gode samarbeidsrelasjoner i en kollegagruppe for å lette muligheten for at dilemmasituasjoner kan løses i felleskap med kolleger. Noen ansatte opplever manglende mestringsfølelse og trygghet når de sitter i refleksjonsgrupper, og dette er noe ledere må ha fokus på.

Etter denne diskusjonen mener jeg at den samhandlende og kompetansefremmende funksjonen som etikkarbeidet kan se ut til å ha på ansatte kan oppsummeres i at denne effekten reduserer automatiserte handlinger og styrker samhandling. Drøftingen har allikevel vist at ikke alle ansatte i avdelingen har fått økt bevissthet og økt kompetanse, men avdelingslederen har registrert at mange har fått det.

5.3 Etikkarbeidets opprettholdes når det gir en opplevelse av mening for personalet

Det fremkommer flere områder som anses viktige for opprettholdelse av systematisk etikkarbeid. Det gjelder faktorer som systematikk, ressurspersoner og avsatt tid, samt at det gir en opplevelse av faglig utbytte. Ressurspersoner og ledelse har vist seg å være særlig sentralt i denne studien. Jeg mener at alle disse punktene kan sammenfattes som en

overordnet konstruksjon med at etikkarbeidet må oppleves meningsfullt for personalet for at de skal være villige til å sette av tid og ressurser til dette arbeidet. Det gjelder både for avdelingslederne og for personalgruppen.

Funnene viste at det ble prøvd ut noen refleksjonsmetoder, som flere i personalgruppen følte seg ukomfortable med eller mislikte, men mange har uttrykt at de gjerne vil fortsette med etikkarbeid så sant de opplever personlig utbytte av refleksjonen. Dette indikerer at opplevelse av mening er viktig. Det samme gjelder for lederne som sier at de holder seg motiverte fordi de ser effekter av etikkarbeid, og fordi de opplever tilfredshet i personalgruppen som følge av refleksjoner.

Systematikk fremheves som et viktig punkt. Det må ryddes plass for at det ikke skal «*koke bort i kålen*» som følge av alle andre oppgaver.

Graden av systematikk er noe varierende i de syv avdelingene. Det kan være litt «*til og fra*», og har oftest opphold når lederne er fraværende, men samtidig gjennomfører alle avdelinger refleksjon jevnlig.

Systematikk innebærer å skape systemer (Bolig et al 2009), som for eksempel fast tidspunkt på faste dager. Systematiserende faktorer erfares som viktige for at personalet skal prioritere etikkarbeidet. Når disse faktorene er veletablerte vil det sannsynligvis bidra til en opplevelse av at etikkarbeidet er velfungerende i arbeidshverdagen. Struktur og forutsigbarhet er viktige trykksfaktorer viser en studie (Høyum et al, 2011).

I funnene kom det fram at årsaker til at noen avdelingsledere i andre organisasjoner har nedprioritert etikkarbeid er som følge av tidsknapphet, og for mange andre oppgaver som må gjøres. Mangel på tid var også en hindring i andre studier (Søderhamn, et al, 2014), og er noe som jevnlig tas opp som et generelt problem i helseorganisasjoner. Mange av de hverdagsetiske utfordringene som er i sykehjem, hvor eksempelvis bekymrede pårørende og engstelige beboere er en del av konteksten, kan aldri løses på en kvalitativt god måte med fokus på økt effektivitet, eller tidsknapphet. Tid, rom, stillhet og ettertanke er viktigere momenter i situasjoner hvor følelsesmessige aspekter er involvert. Både samtaler med kolleger, pårørende og beboere om etisk vanskelig situasjoner krever tid, og det samme gjør etisk refleksjonsarbeid.

Hvor mye tid som hver gang brukes til å reflektere er svært varierende i denne studien. Det brukes fra 5 minutter, fem dager i uken, til 1 times refleksjon en gang hver 14 dag viser mine

funn. Andre studier viser den samme tendensen, ved at tidsbruken på refleksjon er fra 2 timer hver annen uke (Gjerberg, et al 2009), til 5 minutter daglig (Søderhamn et al 2014).

Refleksjonsteknikkene i min studie varierer også. Det benyttes både etisk refleksjonsmodell, og teknikker som går under begrepet «lavterskel-tiltak», som for eksempel; trafikklys-metoden (Eide, Aadland, 2008). Også dette funnet, - med variasjon i refleksjonsteknikker, - er sammenfallende med andre studier (Gjerberg, et al, 2009; Søderhamn, et.al. 2014). Alle i min studie ser ut til å være tilfredse med den refleksjonsmetoden de benytter, uansett om det er en dyptgående refleksjonsmodell eller en enklere form. Noen har prøvd ut flere metoder, men er tilfredse med den nåværende. Det kan derfor se ut til at ulike former for refleksjon gir utbytte, men sannsynligvis på ulike måter. Avdelingene med lavterskeltiltak har hyppigere refleksjon enn institusjonen som bruker etisk refleksjonsmodell, og alle på vakt deltar på refleksjon i avdelingen med lavterskeltiltak, mens bare to fra hver avdeling ved institusjonen som benytter etisk refleksjonsmodell. Ut fra funnene mener jeg det ville være interessant å få svar på hvor dyptgående en refleksjon bør være for å få god innsikt i etiske dilemmaer. Gir det den samme etiske bevisstheten og etiske kompetansen uansett hvordan man reflekterer? Jeg ville antatt at innsikten blir grundigere ved refleksjoner som går dypere inn i de etiske problemene, og hvor det brukes god tid på å reflektere, sammenliknet med refleksjoner som varer i fem minutter. Men kanskje har hyppighet på refleksjoner enda større betydning for den enkelte? Å reflektere flere ganger per uke i stedet for en til to ganger per måned kan medføre at etiske temaer blir en viktigere del av arbeidshverdagen. Temaer som omtales hyppig vil kanskje i større grad påvirke arbeidstakernes tankesett, og ordtaket om at «ord blir virkelighet», blir kanskje en viktig faktor i denne sammenheng. Dette anser jeg som interessant å få mer kunnskap om.

Vedrørende refleksjonsmetoder var det tre ledere som spesielt kommenterte at personalet ikke følte seg komfortable ved bruk av den såkalte; «fishbowl-method», mens personalet andre steder er fornøyd med denne metoden (Søderhamn, et. al 2014). Begrunnelsen for at personalet i min studie mislikte metoden kan ha sammenheng med at det ikke ble brukt nok tid til å bli kjent med metoden. Studier viser at man må bruke tid på at personalet skal føle seg fortrolige med refleksjon, og det gjelder for flere ulike refleksjonsmetoder (Søderhamn et al 2014; Damm et al 2013).

Faglig skoling fremheves som viktig for å bevare motivasjonen, og dette kan ivaretas både i den lærende organisasjonen, men også kombineres med eksterne kurs.

Ressurspersoner som ledere og etikkveiledere er sentralt. Lederens rolle er sterkt fremhevet i denne studien, men alle evalueringsstudier som inngår i min teoretiske ramme fremhever også gode etikkveiledere som essensielt (Høyum, 2011; van der Dam et al, 2013; Söderhamn et al, 2014). Det å få med andre ressurspersoner bør være et mål ved etikkimplementeringen, fordi jo bedre forankret etikkarbeid er i en organisasjon, jo lettere vil det være å få det til å bli en etablert rutine (Bang, 2011).

Som en oppsummering av hvilke faktorer som er viktige for opprettholdelse av systematisk etikkarbeid, viser studien at etikkarbeid må være systematisert og forankret for at det skal prioriteres i en arbeidshverdag. Er det så gir det en større sannsynlighet for opplevelse av mening, som igjen gir engasjement til å prioritere dette arbeidet.

6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Denne masteroppgaven har fått tittelen «*Du må brenne litt for det selv, eller så koker det bort i kålen*». Utsagnet er fra en av studiens deltakere, men kunne like gjerne vært uttalt av alle de andre. Avdelingsleder har en avgjørende rolle i alle faser når systematisk etikkarbeid skal iverksettes ved sykehjem. Mine funn viser at uten avdelingsledernes engasjement og utholdenhet ville trolig etikkarbeidet hatt langt dårligere kår. Avdelingslederne fungerer som en primus motor som målrettet styrer avdelingene mot målet om etisk kompetanseheving. Verdiopptatte og løsningsorienterte avdelingsledere fungerer både som igangsettere, pådrivere, veiledere og faglige støttepersoner i implementering og gjennomføringen av etikkarbeidet i denne studien. Tid og systematikk er faktorer som bidrar positivt til at arbeidet lykkes.

Funn peker også i retning av at systematisk etikkarbeid har betydning for tjenesten ved at tendensen til automatiserte handlinger reduseres og at samhandlingen mellom de ansatte styrkes. Økt bevissthet på etikk og etiske problemstillinger, åpenhet for innspill og alternative måter ikke bare å løse situasjoner, men også å forstå dem, er eksempler på hvordan etisk refleksjon fører til endringer. Etikkarbeid synes å styrke klimaet for samarbeid ansatte imellom, og på den måten påvirker etikkarbeidet ikke bare den enkeltes kompetanse, men også avdelingens arbeidskultur.

Funnene i denne studien mener jeg kan være av interesse for ansatte i helseinstitusjoner som ønsker å satse på systematisk etikkarbeid og etiske refleksjonsgrupper. Funnene tyder på at etisk refleksjon er noe de ansatte har utbytte av, og etterspør, men viktigheten av forankring og at ansatte tas med i planleggingen av et slikt endringsarbeid må ikke underkommuniseres.

Forslag til videre forskning:

Målsettingen med den nasjonale etikksatsingen, er økt etisk kompetanse for de ansatte, som skal komme brukerne av tjenesten til gode. Studier som kan undersøke brukertilfredshet, etter etikksatsingen mener jeg vil være viktig å prioritere i framtiden, for å få kunnskap om hvilken betydning den nasjonale satsingen på etisk kompetanseheving i kommunene har hatt for de som mottar tjenesten. Også flere studier hvor helsepersonellet, de ansatte som deltar i etisk refleksjon, er informanter vil også være et viktig tilskudd til den forskning som foreligger. I

den sammenheng er det også av betydning å undersøke i hvilken grad ledere og ansatte klarer å opprettholde engasjementet for, og gjennomføringen av etisk refleksjon i en travel hverdag som sykehjemmene representerer.

Jeg mener også det vil være verdifullt å få kunnskap om refleksjonsmetoden påvirker graden av etisk bevissthet, og etisk kompetanse hos personalet. Det er mange forskjellige refleksjonsverktøy som benyttes, noen metoder oppleves mer grundige enn andre. Har metode betydning for opplevd og reelt utbytte av refleksjon? Et annet spørsmål er hvilken betydning det har for samhandlingen i avdelingen at etiske refleksjonsgrupper arrangeres og gjennomføres i egen avdeling for alle ansatte, eller utenfor avdelingen, og da med ansatte fra ulike avdelinger?

Min studie peker i retning av at systematisk etikkarbeid i sykehjem, så langt, har vært en viktig satsing, som synes å ha positiv betydning for de ansatte.

Litteraturliste

Amble, N. Reflection in action with care workers in emotion work. *Action research AR*, 2012, 10 (3) 260-275

Bang, H. (2013). *Organisasjonskultur*. Universitetsforlaget

Berg, M. E. (2002). *Lederutvikling. Situasjon – Virkemidler- Belønning*. Cappelen Akademisk Forlag

Bollig, G., Pedersen, R., Førde, R. (2009) Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Forskning* nr. 3, 2009; 3: 186 – 196. (Pr. 22.04. 14)

Bolmsjø, I.Å., Sandman, L., Andersson, E. (2006a) Everyday Ethics in the Care of Elderly People. *Nursing Ethics* 2006 ss. 249 – 263

Bolmsjø, I.Å., Edberg, A-K., Sandman, L. (2006b). Everyday ethical problems in dementia care: A teleological model. *Nursing Ethics* 2006 13 (4)

Busch, T. (2012) *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget

Dam, S van der, Schols, Jos, M.G.A., Kardol; Tinie J. M., Molewijk, Bert. C., Widdershoven, Guy A. M., Abma, Tineke A. (2013) The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science & Medicine* 83(2013) 125 - 132

Dam, van der. S., Abma, T.A., Kardol, M.J.M., Widdershoven, G.A.M. (2012) “Here`s My Dilemma”. Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care. *Health Care Anal* (2012) 20: 250-267.

Dam, van der, S., Molewijk, B., Widdershoven, G. A. M., Abma, A. T. (2014) Ethics support in institutional elderly care: a review of the literature. <http://jme.bmj.com> on September 9, 2014 – Published by group.bmj.com

Dauwerse, L., van der Dam, S., Abma, T. (2011). Morality in the mundane: Specific needs for ethics support in elderly care. *Nursing ethics*, 2012, 19(1), ss. 91-103

Dreyer, A., Førde, R., Nordtvedt, P. (2011). Ethical decision-making in nursing homes: Influence of organizational factors. *Nursing ethics*, 18(4) 514-525.

Eide, T. og Aadland, E. (2008) *Etikkhåndboka for kommunenes helse og omsorgstjenester*. Oslo. Kommuneforlaget AS.

Ericson-Lidman, E., Nordberg, A., Persson, B.(2012). Healthcare personnel`s experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Caring Sciences*, 2013; 27; 215-223

Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G.S., Sørli, V.(2012). Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing Ethics* 2013 20: 51.

Filstad, C. (2012). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Fagbokforlaget.

Flemming, D.A. (2007). Responding to Ethical Dilemmas in Nursing Homes: Do We Always Need an Ethicist? *HEC Forum* (2007) 19 (3): 245-259

Gjerberg, E., Amble, N. (2009) Pleie og omsorgssektoren som lærende organisasjoner. *Forskning* nr. 1, 2009: 36 – 42

Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R., Bollig, G.(2010). Ethical challenges in provision of end-of-care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 677-684

Gjerberg, E. og Amble, A.(2011). «Train the trainer».Refleksjonsgrupper i pleie- og omsorgssektoren. *Forskning* 02.11 ss 135 142

Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R., Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A quality study. *Nursing ethics* 20 (6) 632-644, 2013

Grimnes, H. *Personvern i helsefaglig forskning*. (2009). *Forskning* nr. 2. 2009

Høyum, K., Jensen, L.B., Westli, S., Antonsen, E. (2011). Refleksjon som verktøy for kompetanseheving blant ansatte i et bofelleskap for voksne utviklingshemmede – å sette sin praksis under lupen gjennom veiledning. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2-2011, 7 årgang.

ICN`s *etiske regler for sykepleiere*. (2007). Norsk sykepleieforbund.

Jakobsen, R., Sørli, V. (2010). Dignity of older people in nursing home: Narratives of care providers. *Nursing ethics*, 2010, 17(3), 289-300

- Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2011). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget
- Lillemoen, L.(1999). Sykepleieren som moralsk aktør. *Vård i Norden* 3/99 No 53 vol. 19 no 3 pp 11-17
- Lillemoen, L. og Børslett, E.J. (2010) Etikk i praksis. *Sykepleien* nr. 4 ss 59 – 61.
- Lillemoen, L., Pedersen, R. (2012). Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics* 2013 20:96
- Lov om helsepersonell, LOV 1999 - 07-02-64
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-2013-06-21-79
- Lin, Y-P., Watson, R., Tsai, Y-F. (2012) Dignity in care in clinical setting: A narrative review. *Nursing ethics* 20(2) 168-177
- Malterud, K. (2004) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, P. (2012) *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal Akademisk
- Ruyter, K. W., Førde, R., Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Rognstad, A-K, Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning* nr. 2 2011, vol 1,ss 143- 155.
- Schein, E. (2010). *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Libro Forlag, Oslo
- Senge, P.M. (1990). *Den femte disiplinen- Den lærande organisasjonens konst*. Nerenius & Santerus Forlag
- Slettebø, Å. Bunch, E.H. (2004). Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nursing Ethics* 2004 11 (6)
- Slettebø, Å, Bunch, E.H. (2004). Ethics in nursing homes: Experience and casuistry. *International Journal of Nursing Practice* 2004; 10: 159-165

Slettebø, Å. og Nordtvedt, P. (red) (2006) *Etikk for helsefagene*. Gyldendal Akademisk.

Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M-L., Katajisto, J., Charalambous. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in setting of older people. (2013). *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 70(6), 1356-1368

Solum, E.M, Slettebo, Å, Hauge, S. (2008). Prevention of unethical actions in nursing homes. (2008). *Nursing Ethics* 2008 15 (4)

Søderhamn, U. og Kjøstvedt, H.T. og Slettebø,Å. (2014). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-method study. *Nursing Ethics*. Published online 8. april 2014

St.meld. nr.16. (2011-2015). *Nasjonal helse – og omsorgsplan*.

St. meld. nr. 26 (1999 – 2000): *Om verdier i den norske helsetjenesta*.

St. meld. nr. 25 (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening*

St, meld. Nr. 29 (2013) *Morgendagens omsorg*.

De Veer, A.J.E., Francke, A.L., Struijs, A., Willems, D.L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 50 (2013) 100 108

Vetlsen, A.J. (2010). *Hva er etikk* Universitetsforlaget.no

Vetlesen, A. J. og Nordtvedt, P. (1994). *Følelser og moral*. Ad Notam Gyldendal

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2007). Norsk sykepleieforbund.

Østensvik, E., Nilsen, S.R., Brynhildsen, S. (2013). Bruk av refleksjonskort gremmer ansattes bevisstgjøring rundt bruk av tvang. *Demens & Alderspsykiatri* vol. 17 nr. 1 2013

Støttelitteratur: Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. (2010). Elektronisk publisert på www.etikkom.no.

Vedlegg 1

Til daglig leder
ved xxxx sykehjem

Bærum, 16.12.11

Siri Dønheim
Mastergradsstudent i sykepleievitenskap
Universitetet i Oslo

Forespørsel om forskningsinnpass

I forbindelse med fullføring av mastergraden i sykepleievitenskap, skal jeg nå gjennomføre en forskningsstudie om etikksatsning ved sykehjem i østlandsregionen. Jeg henvender meg i den forbindelse med en forespørsel om å få gjennomføre individuelle intervju med en til tre avdelingsledere ved deres institusjon. Intervjuene, som inngår i min avsluttende masteroppgave, gjøres i samråd med min veileder på masteroppgaven, Lillian Lillemoen.

Prosjektet er meldt til, og godkjent av, personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD)

All informasjon som framkommer i studien vil bli behandlet konfidensielt, og opplysninger blir anonymisert. Det tas lydopptak under intervjuene, men bare min veileder og jeg får tilgang til dette materialet.

Deltakelse i studien er frivillig og avdelingsledere som ønsker å delta, kan når som helst i prosessen trekke seg fra undersøkelsen uten nærmere begrunnelse. Jeg ser for meg at intervjuene vil ta fra 60 -90 minutter, og at de gjennomføres på det stedet og til det tidspunktet avdelingslederen ønsker.

Tema for min masteroppgave er: Systematisk etikkarbeid i sykehjem. De spørsmålene som vil danne grunnlaget for intervjuene med avdelingslederne er:

- Hvilken betydning erfarer avdelingsleder at systematisk etikkarbeid har for personalgruppens etiske kompetanse?

- Hvilke forhold erfarer avdelingsleder som viktige for å gjennomføre og opprettholde systematisk etikkarbeid?
- Hvilken funksjon har avdelingsleder i det systematiske etikkarbeidet?

Jeg ønsker kontakt med avdelingsledere som har minst 1 års erfaring som avdelingsleder, og minst ½ års erfaring med systematisk etikkarbeid og refleksjonsgrupper i sykehjem. Hvis mulig er det et ønske at begge kjønn er representert. Det er ikke et krav at det systematiske etikkarbeidet pågår på nåværende tidspunkt.

Bakgrunn for valg av tema

Det har de siste 5 årene vært en nasjonal satsing på systematisk etikkarbeid i kommunehelsetjenesten. «Omsorgsmeldingen» fra 2006 (St.meld. nr.25) poengterte målet om en styrket, etisk kompetanse for helsepersonell i kommunehelsetjenesten, og mange aktører har igangsatt prosjekter, kurs og systematiske opplegg for å styrke etikk- kompetansen. Etske refleksjonsgrupper ble hos noen innført som en del av det systematiske etikkarbeidet. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverforening (KS) og Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo er begge gitt et særskilt ansvar inn i denne satsningen.

Nasjonal helse- og omsorgsplan for perioden 2011-2015 (St.meld.nr. 16) poengterer en fortsatt satsing på systematisk etikkarbeid i årene framover. Det er av den grunn viktig med kunnskap om hvilke tiltak som så langt fungerer bra, og hvilke som eventuelt ikke fungerer optimalt med tanke på framtidige prioriteringer. Det er klare mål med satsingen, og det er derfor av verdi å høre fra avdelingsledere som jobber med, eller har jobbet med systematisk etikkarbeid, om de opplever at de ønskede resultat oppnås, og på hvilken måte de best oppnås?

Jeg er kjent med at deres institusjon har jobbet med systematisk etikkarbeid, og det vil derfor være av stor verdi å få kunnskap om hvilke erfaringer som er gjort så langt ved sykehjemmet. Jeg håper det kan være interesse for dette prosjektet, og at noen avdelingsledere ved institusjonen kan tenke seg å bruke noe av sin tid på en samtale med meg.

Om avdelingslederne eller daglig leder ønsker det, kommer jeg gjerne til institusjonen for å informere nærmere om undersøkelsen. Har dere spørsmål, kan dere når som helst ringe meg eller sende mail.

Dersom dere aksepterer forespørselen, er jeg takknemlig om daglig leder kan formidle kontakt med de avdelingslederne som oppfyller kriteriene til å delta i studien.

Jeg gir gjerne en presentasjon av resultatene når masteroppgaven er fullført. Masteroppgaven er planlagt ferdigstilt innen januar 2013.

Jeg håper på et positivt svar.

Med vennlig hilsen

Siri Dønheim (mastergradstudent)

Mailadresse: siridonheim@hotmail.com Mobil: 93 25 40 46

Ansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet/ institutt for helse og samfunn/ Avdeling for sykepleievitenskap

Veileder: Lillian Lillemoen, forsker på Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo

Vedlegg 2

Til avdelingsleder

Bærum, 16.12.11

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Mitt navn er Siri Dønheim, og jeg er deltidsstudent på masterstudiet ved institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Min veileder heter Lillian Lillemoen og hun jobber som forsker på Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo.

Jeg er i ferd med å skrive en masteroppgave, og har i den forbindelse fått tillatelse av institusjonssjefen for sykehjemmet, hvor du er ansatt, til å gjennomføre en forskningsstudie blant avdelingslederne ved institusjonen. Jeg har fått oppgitt deg som en som er villig til å delta i min intervjustudie. Ettersom du fyller kriteriene for deltakelse, minimum 1 års erfaring som avdelingsleder, og ½ års erfaring med systematisk etikkarbeid i sykehjem, håper jeg du fortsatt er positiv til å delta. Det er ikke et krav at det systematiske etikkarbeidet pågår på nåværende tidspunkt.

Tema for masteroppgaven er:

Systematisk etikkarbeid i sykehjem. De spørsmålene som vil danne grunnlaget for intervjuet med deg, og andre avdelingsledere som skal delta, er:

- Hvilken betydning erfarer avdelingsleder at systematisk etikkarbeid har for personalgruppens etiske kompetanse?
- Hvilke forhold erfarer avdelingsleder som viktig for å gjennomføre og opprettholde systematisk etikkarbeid?
- Hvilken funksjon har avdelingsleder i det systematiske etikkarbeidet?

Bakgrunn for valg av tema:

Det har de siste 5 årene vært en nasjonal satsing på systematisk etikkarbeid i kommunehelsetjenesten. «Omsorgsmeldingen» fra 2006 (St.meld. nr.25) poengterte målet om en styrket, etisk kompetanse for helsepersonell, og mange aktører igangsatte prosjekter, kurs

og systematiske opplegg for å styrke etikk-kompetansen. Ethiske refleksjonsgrupper ble hos noen innført som en del av det systematiske etikkarbeidet.

Nasjonal helse- og omsorgsplan for perioden 2011-2015 (St.meld. nr.16) poengterer en fortsatt satsing på systematisk etikkarbeid i årene framover. Det er av den grunn viktig å innhente kunnskap fra avdelingsledere som har erfaring med dette arbeidet om hvilke tiltak dere opplever fungerer bra, og hva som eventuelt ikke fungerer optimalt med tanke på framtidige prioriteringer. Det er klare mål med satsingen og det er da av verdi å få informasjon fra avdelingsledere, som jobber med eller har jobbet med systematisk etikkarbeid, om de mener at de ønskede resultatene oppnås og på hvilken måte de best oppnås.

Opplegg for innhenting av data:

Jeg kommer til å foreta individuelle intervju av totalt seks til åtte avdelingsledere fordelt på tre sykehjem i Østlandsregionen. Jeg benytter en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene, og det tas lydopptak under intervjuet. Det er kun min veileder og jeg som får tilgang til lydopptaket, og opptaket vil bli oppbevart på en forsvarlig måte. All informasjon som kan tilbakeføres til deg eller til institusjonen vil bli anonymisert, og alt du sier i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektet er meldt til, og godkjent av, personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

Jeg vil under intervjuet være opptatt av hvilke erfaringer du så langt har gjort med systematisk etikkarbeid, og hvilke tilbakemeldinger din personalgruppe har gitt deg. Jeg vil også spørre om hvilken betydning du har erfart at etikksatsningen har hatt for de ansattes etiske kompetanse. Det er fint om du i forkant av intervjuet gjør deg noen tanker om de erfaringene du har med etikksatsningen på egen avdeling.

Jeg ser for meg at intervjuet tar 60 -90 minutter, og at det gjennomføres på det stedet, og til det tidspunktet, du måtte ønske.

Selv om jeg håper du finner det interessant å delta i studien, er det viktig for meg å presisere at din deltakelse i studien er frivillig og at du når som helst i prosessen kan trekke deg fra undersøkelsen uten nærmere begrunnelse.

Masteroppgaven er planlagt ferdigstilt innen januar 2013. Dersom det er interesse for det kommer jeg gjerne til institusjonen og presenterer resultatene av undersøkelsen.

Jeg kan også i forkant av intervjuet informere nærmere om prosjektet dersom det er ønskelig.

Jeg håper på et positivt svar.

Med vennlig hilsen

Siri Dønheim (mastergradsstudent)

Lillian Lillemoen (veileder)

Ansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet/institutt for helse og samfunn/avdeling for sykepleievitenskap.

Veileder: Lillian Lillemoen, forsker på Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo.

Vedlegg 3

Samtykke til deltagelse i studien:

«Systematisk etikkarbeid i sykehjem»

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du sier ja, kan du når som helst, og uten å oppgi noen begrunnelse, trekke ditt samtykke tilbake. Om det skjer, vil lydopptak slettes og øvrige data anonymiseres.

Dersom du ønsker kontakt med meg kan jeg nås på Mobil: 93 25 40 46

og på E-mail: siridonheim@hotmail.com

Dersom du ønsker å delta, kan du undertegne denne samtykke-erklæringen.

Vennlig hilsen

Siri Dønheim (mastergradsstudent)

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien:

Signert av prosjektdeltager, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

Signert, mastergradsstudent, dato

Vedlegg 4

Intervjuguide

Innledning

Presentasjon av mitt prosjekt og meg selv

Informanten presenterer seg

Kan du kort beskrive a) institusjonen, b) avdelingen du leder, c) personalgruppen du leder?

Systematisk etikkarbeid, refleksjonsgrupper: Opplegg og struktur

1. Hvilken form for systematisk etikkarbeid gjennomføres ved:
 - a) sykehjemmet?
 - b) din avdeling?
2. Hvor lenge har institusjonen arbeidet med systematisk etikkarbeid?
3. Hvordan er etikksatsingen forankret: a) hos de ansatte? b) hos dere mellomledere? c) hos toppledelsen?
4. Hvilken opplæring og/eller støtte ble gitt da dere valgte å satse på systematisk etikkarbeid
 - a) til ansatte?
 - b) til eventuelle ressurspersoner?
 - c) til lederne?
5. Hvilken type refleksjonsgrupper har avdelingen din erfaring med?
6. Hvem deltar på etikkrefleksjonen? (Faggrupper, helgevakter, nattvakter, sommervikarer, elever/studenter)?
7. Hva danner utgangspunktet for etikkrefleksjonene?(Tema, verdiord, fiktive case, erfarte case fra de ansattes hverdag)

Leders erfaringer med refleksjonsgrupper

8. I hvor stor grad lykkes dere med å gjennomføre (planlagte) etikkrefleksjoner i avdelingen?
9. Hvordan vurderer du som leder at refleksjonsgruppene fungerer?
10. Hvilke tilbakemeldinger gir personalet deg vedrørende refleksjonsgrupper?
11. I hvilken grad opplever du at de ansatte er komfortable med å uttrykke egne meninger i refleksjonsgruppene?
12. Hvilken betydning har du erfart at etisk refleksjon har for tjenesten som pasienter og pårørende mottar?
13. Hvordan vurderer du at etikkrefleksjonen har betydning for moralsk praksis i personalgruppen?
14. Hvilke tilbakemeldinger får du fra beboere eller pårørende om hvordan de opplever seg behandlet?
15. Hvilken betydning erfarer du at etikkrefleksjonen har for avdelingens arbeidsmiljø?

Leders rolle og prioriteringer

16. Hva må ligge til rette for at du som avdelingsleder skal prioritere systematisk etikkarbeid og refleksjonsgrupper for personalet du er leder for? (Tid, motivasjon, respons fra personal /beboere/pårørende, organisatoriske faktorer, annet)
17. Gjør du andre tiltak, enn dem vi har vært inne på, for at personalet i din avdeling skal få en høyere grad av etisk kompetanse og en bedre moralsk praksis?
18. Hva har du som leder erfart som de viktigste faktorene for å lykkes med systematisk etikkarbeid i din avdeling?

19. Hva mener du er viktige årsak(er) til at en del ledere nedprioriterer systematisk etikkarbeid i sin avdeling?

20. Hvilket behov har du som avdelingsleder for etisk refleksjon? I så fall, hva vurderer du som den beste arena for deg?

Er det noe du ønsker å supplere vedrørende systematisk etikkarbeid som vi ikke har snakket om nå?

Tusen takk for at du deltok. Er det mulig å få ringe deg dersom jeg har behov for ytterligere informasjon?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Lillian Lillemoen
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 02.02.2012

Vår ref:29154 / 3 / PB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

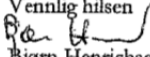
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29154	<i>Systematisk etikkarbeid i sykehus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Lillian Lillemoen</i>
Student	<i>Siri Dønheim</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema,
http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Siri Dønheim, Nadderudveien 127 C, 1359 EIKSMARKA